



Relatório de Estágio:
Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil - CADIn

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências
Profissionais elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre
em Reabilitação Psicomotora

Orientador Académico: Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento
Rodrigues de Melo

Júri:

Presidente

Professor Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Leonor Chaveiro Duarte Ribeiro

Mariana Corceiro de Sousa e Castro

2016

“- É preciso ter muita paciência. Primeiro, sentas-te um bocadinho afastado de mim, assim, em cima da relva. Eu olho para ti pelo canto do olho e tu não dizes nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas todos os dias te podes sentar um bocadinho mais perto...”

“O Príncipezinho”, Antoine De Saint-Exupéry

Ao meu pai, pela força.
À minha mãe, pelo carinho.

Agradecimentos

A todos os que se cruzaram comigo e me cativaram. Agradeço...

À Professora Doutora Ana Rodrigues, pela disponibilidade prestada e pela confiança que depositou em mim.

À Técnica Leonor Ribeiro, que desempenhou um papel fundamental neste percurso, um agradecimento especial, por ter despertado em mim uma vocação, por me inspirar a querer saber mais e a querer ser melhor todos os dias e pela amizade com que me acompanhou.

À Psicóloga Sandra Pinho, pela forma como me recebeu e incluiu desde o primeiro dia.

Às Técnicas Cátia Sacadura, Joana Horta, Sílvia Lapa, Susana Lúcio e Susana Mateus, pelas oportunidades de aprendizagem e por tudo o que me transmitiram.

A toda a equipa do CADIn, pelo acolhimento e o apoio oferecido.

A todas as crianças, jovens e suas famílias, pelo carinho, por acreditarem em mim e por me ajudarem a crescer.

À minha família e aos meus amigos, pelo seu amor incansável.

Resumo

O presente relatório descreve a prática profissional desenvolvida no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), enquadrado no 2º Ano do 2º Ciclo de Reabilitação Psicomotora, correspondente ao ano letivo 2014/2015.

O trabalho desenvolvido no CADIn foi realizado, principalmente, junto de crianças e jovens com Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE). As DAE, de origem neurobiológica e intrínsecas ao indivíduo, caracterizam-se por um conjunto de traços heterogêneos que se manifestam na aquisição e uso das competências auditivas, da fala, da leitura, da escrita, do raciocínio e/ou matemáticas. Podem coexistir com outras perturbações, como é o caso da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

A heterogeneidade dos perfis de aprendizagem de crianças com DAE torna o processo de intervenção um desafio permanente. Neste sentido, a intervenção psicomotora surge como uma resposta que permite o desenvolvimento holístico do indivíduo, viabilizando a apropriação dos processos simbólicos.

O relatório está organizado em Enquadramento da Prática Profissional, que inclui o Enquadramento Teórico e o Enquadramento Institucional, e Realização da Prática Profissional, onde são abordados dois estudos de caso, de uma forma mais detalhada.

Palavras-Chave: Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn); Dificuldades de Aprendizagem Específicas; Intervenção Psicomotora; Estudos de Caso.

Abstract

The present document describes the professional practice developed in the Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn) in the scope of the Field of Advanced Professional Skills from the master's degree in Psychomotor Rehabilitation during the school year 2014/2015.

The work developed in CADIn was conducted mainly among children and young people with Specific Learning Disabilities (SLD). The SLD, of neurobiological and intrinsic origin, are characterized by a set of heterogeneous features that are expressed in the acquisition and use of listening, talking, reading, writing, reasoning and/or mathematics skills. The SLD can coexist with other disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).

The heterogeneity of children's learning profiles with SLD makes the intervention process a continuous challenge. In this sense, psychomotor therapy arises as a response that supports the holistic development of the individual and allows the appropriation of the symbolic processes.

The document is organized into Professional Practice Framework, which includes the Theoretical Framework and the Institutional Framework, and the Professional Practice Implementation which addresses two case studies in a more detailed manner.

Keywords: Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn); Specific Learning Disabilities; Psychomotor Therapy; Case Studies.

Índice

Introdução	1
Enquadramento da Prática Profissional	2
1. Enquadramento Teórico: Dificuldades de Aprendizagem Específicas	2
1.1 Definição das DAE – do conceptual ao operacional	2
1.2 Etiologia.....	5
1.3 Características.....	5
1.4 Os Sistemas da Linguagem e as DAE	8
1.5 Diagnóstico e Intervenção	14
2. Enquadramento Institucional: CADIn	18
2.1 Caracterização da Instituição.....	18
2.2 População	18
2.3 Equipa Técnica e Núcleos de Intervenção	19
2.4 Bolsa Social	19
2.5 Articulação com a Família, a Escola e a Comunidade	19
2.6 Intervenção Psicomotora no CADIn.....	20
Realização da Prática Profissional	21
1. Objetivos e Atividades de Estágio	21
2. Intervenção Pedagógico-Terapêutica	26
2.1 Avaliação	26
2.2 Intervenção	30
3. Relação com Outros Profissionais.....	45
4. Relação com a Família, a Escola e a Comunidade	46
5. Atividades Complementares	48
6. Dificuldades e Limitações.....	50
Conclusão	51
Referências Bibliográficas.....	53
Anexos	ix

Índice de Figuras

Figura 1. Definição Operacional das DAE, in Brinckerhoff, Shaw & McGuire (1993; cit in Shaw et al., 1995).....	3
--	---

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Objetivos do Estágio, definidos pelo CADIn	21
Tabela 2 - Cronograma do Estágio.....	23
Tabela 3 - Horário de Estágio.....	25
Tabela 4 - População Apoiada	30
Tabela 5 - Estudo de Caso S.	31
Tabela 6 - Intervenção S.	33
Tabela 7 - Objetivos de Intervenção.....	33
Tabela 8 - Estrutura de Sessão.....	34
Tabela 10 - Apresentação de Resultados	35
Tabela 11 - Estudo de Caso J.	39
Tabela 12 - Intervenção J.	40
Tabela 13 - Objetivos de Intervenção J.	40
Tabela 14 - Estrutura de Sessão	41
Tabela 16 - Apresentação de Resultados J.	42
Tabela 17 - Reuniões de Equipa.....	45
Tabela 18 - Atividades Formativas	46
Tabela 19 - Atividades Complementares.....	48

Índice de Anexos.....ix

Anexo A - Exemplo de um Relatório de Avaliação Psicopedagógica.

Anexo B - Inventário Informal do domínio da Leitura e da Escrita.

Anexo C - Exemplo de Planeamento e Registo de Sessão da S..

Anexo D - Exemplo de Planeamento e Registo de Sessão do J..

Anexo E - Atividades Complementares.

Lista de Abreviaturas

ALEPE - Bateria da Avaliação da Leitura em Português Europeu

CADIn – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil

DAE – Dificuldades de Aprendizagem Específicas

DGE - Direção-Geral da Educação

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento

DIE - *Diagnóstico Integral del Estudio*

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EUA – Estados Unidos da América

MABC - *Movement Assessment Battery for Children*

NDODA - Núcleo da Dislexia e Outras Dificuldades de Aprendizagem

NIE – Núcleo de Idade Escolar

NJCLD - *National Joint Committee on Learning Disabilities*

PALS - *Peer Assisted Learning Strategies*

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PEERAMID – *Pediatric Examination of Education Readiness at Middle Childhood*

PEEX - *Pediatric Early Elementary Examination*

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PRP - Prova de Reconhecimento de Palavras

QI - Quociente de Inteligência

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

TF – Terapeuta da Fala

TSEER – Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação

USOE – *Utah State Office of Education*

VMI - *Test of Visual-Motor Integration*

WISC - Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), enquadrado no 2º Ano do 2º Ciclo de Reabilitação Psicomotora, correspondente ao ano letivo 2014/2015, realizado na Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.

De acordo com o regulamento do RACP, o Estágio apresenta os seguintes objetivos gerais: desenvolver o conhecimento no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científica e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; bem como, desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; e, ainda, desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos, novas práticas e novas perspetivas profissionais e políticas, contribuindo para o progresso profissional e científico da área.

Neste sentido, o RACP tem como objetivos específicos proporcionar uma aprendizagem teórica e prática direcionada para a atividade profissional e facilitar a inserção no mercado de trabalho, através do ganho de competências na intervenção pedagógico-terapêutica, na relação com outros profissionais e na relação com a comunidade.

O estágio decorreu entre outubro de 2014 e junho de 2015, no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn), localizado no concelho de Cascais. A estagiária foi inserida no Núcleo de Idade Escolar (NIE), contactando, maioritariamente, com crianças e jovens com Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE), tendo também acompanhado casos de Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA).

Neste âmbito, foram desenvolvidas várias atividades, desde a observação de sessões e de avaliações, ao planeamento e realização das mesmas, e ainda a participação em diferentes reuniões, formações e outras atividades desenvolvidas pela instituição.

O presente relatório está organizado em dois grandes capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao enquadramento da prática profissional, que se encontra dividido em duas partes: primeiramente, é apresentado um enquadramento teórico em torno das DAE, e, posteriormente, é realizada uma exposição sobre o CADIn. O segundo e último capítulo refere-se à realização da prática profissional, que inclui os objetivos e atividades do estágio, a descrição da intervenção pedagógico-terapêutica realizada, que contém a apresentação de dois estudos de caso, e, ainda, as oportunidades de relação quer entre a estagiária e os profissionais da instituição, quer entre a mesma e a família, a escola e a comunidade. Adicionalmente, são também referidas as atividades complementares que foram realizadas e, por fim, as dificuldades e limitações sentidas durante todo o processo. O relatório termina com a conclusão e reflexão geral sobre este percurso.

Enquadramento da Prática Profissional

O presente capítulo inclui um enquadramento teórico sobre o tema das DAE e uma apresentação detalhada sobre o CADIn, relevantes para o enquadramento da prática profissional.

1. Enquadramento Teórico: Dificuldades de Aprendizagem Específicas

No enquadramento teórico que se segue são abordadas a evolução das definições conceptuais e operacionais das DAE, destacando as que reúnem maior consenso e as mais frequentemente referidas na literatura, a etiologia das DAE e as características e comorbilidades associadas a esta perturbação, dando especial destaque à comorbilidade com a PHDA. São também descritos os sistemas da linguagem, que se encontram na base da aprendizagem da leitura e da escrita e, consequentemente, permitem compreender as DAE da Leitura (Dislexia) e da Escrita (Disgrafia e Disortografia). Por fim, são apresentadas as metodologias de diagnóstico e de intervenção, bem como as estratégias de intervenção indicadas para a população com DAE.

1.1 Definição das DAE – do conceptual ao operacional

A definição das DAE divide-se em dois tipos: a conceptual, que organiza as bases teóricas nas quais as DAE se enquadram; e a operacional, que serve de orientação para identificar casos individuais de DAE (Cruz, 2009).

Samuel Kirk introduziu, pela primeira vez em 1962, o termo e a respetiva definição de DAE, no seu livro *Educating Exceptional Children*, que, um ano mais tarde, foram popularizados na *Conference on Exploration into Problems of the Perceptually Handicapped Child* (Correia, 2008; LDA, 1985).

No entanto, apesar do termo ter sido facilmente aceite, a tarefa de definir as DAE provou ser um desafio (Lerner, 2003).

Das várias definições de DAE existentes, destacam-se, principalmente, a do *Utah State Office of Education* (USOE), inserida na lei *Individuals with Disabilities Education Improvement Act*, dos Estados Unidos da América (EUA), atualizada em 2004, e a do *National Joint Committee on Learning Disabilities* (NJCLD) (Cruz, 2007; Cruz, 2009; Fonseca, 1999; Hallahan, Kauffman, & Lloyd, 1999; Lerner, 2003).

A definição do USOE retrata as DAE como uma perturbação num ou mais dos processos psicológicos envolvidos na compreensão ou no uso da linguagem falada ou escrita. Assim, as capacidades de escutar, de falar, de ler, de escrever, de soletrar ou de realizar cálculos matemáticos encontram-se comprometidas. O termo inclui condições como problemas percetivos, lesões cerebrais, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia do desenvolvimento. Por outro lado, não inclui problemas de aprendizagem que resultem de deficiências sensoriais, motoras ou de uma Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID), de perturbações emocionais, ou de desvantagens a nível ambiental, cultural ou económico (IDEA, 2004).

A definição do NJCLD procurou melhorar a anterior, reforçando a ideia de que as DAE são intrínsecas ao indivíduo e persistem durante toda a sua vida, podendo coexistir com outras perturbações/dificuldades, embora não sejam o resultado dessas condições (NJCLD, 1991).

Assim, e segundo vários autores, as DAE manifestam-se por características heterogéneas, que resultam em problemas na aquisição e uso das competências auditivas, da fala, da leitura, da escrita, do raciocínio e/ou matemáticas. As DAE têm origem neurobiológica e são intrínsecas ao indivíduo, não sendo por isso motivadas por

influências exteriores. Podem coexistir com outras perturbações (Cruz, 2007; Cruz, 2009; Fonseca, 1999; Hallahan et al., 1999; Lerner, 2003).

Em Portugal, o termo foi utilizado, em 1984, pela primeira vez, por Vitor da Fonseca, acompanhando de perto o conceito proposto nos EUA (Cruz, 2009). No entanto, de forma a distinguir e a certificar-se de que esta definição não seria considerada como todo o conjunto de problemas de aprendizagem, Miranda Correia adicionou o termo *Específicas* e propôs a seguinte definição: as DAE estão relacionadas com o modo como o indivíduo processa a informação, tendo em conta as suas capacidades e realizações. Desta forma, esta perturbação pode manifestar-se nas áreas da fala, da leitura, da escrita, da matemática e/ou da resolução de problemas, envolvendo défices que dizem respeito a problemas de memória, percetivos, motores, de linguagem, de pensamento e/ou metacognitivos. Estas dificuldades não resultam de privações sensoriais, DID, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais, no entanto, podem coexistir simultaneamente (Correia, 2008).

Assim, e como já foi referido, são três as áreas académicas onde esta população apresenta dificuldades específicas: ao nível leitura, a Dislexia; incluídas na escrita, a Disgrafia e a Disortografia; finalmente, na matemática, a Discalculia (Cruz, 2009).

Embora as definições atrás expostas permitam compreender o tema, elas não especificam as operações ou procedimentos sobre os quais as DAE podem ser reconhecidas e medidas (Cruz, 2009).

Shaw, Cullen, McGuire e Brinckerhoff (1995) consideraram fundamental tornar a definição conceptual numa definição operacional, tendo como objetivo a identificação de indivíduos com DAE. O modelo proposto por Brinckerhoff, Shaw, e McGuire, em 1993, que tem por base a definição conceptual do NJCLD, veio assim colmatar a lacuna que existia na conceção de critérios para a identificação de indivíduos com DAE (Shaw et al., 1995).

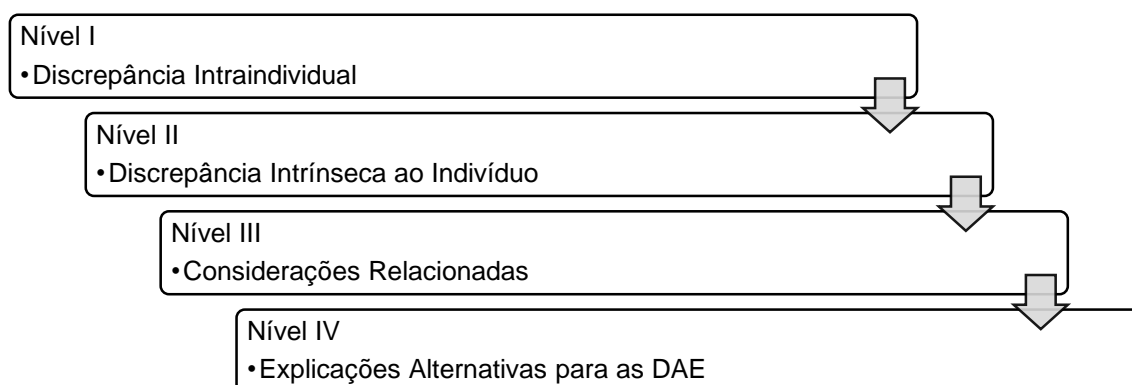


Figura 1. Definição Operacional das DAE, in Brinckerhoff, Shaw & McGuire (1993; cit in Shaw et al., 1995)

Este modelo divide-se em quatro níveis: no nível I identifica-se uma dificuldade em qualquer uma das competências listadas na definição conceptual (i.e., audição, fala, leitura, escrita, matemática, raciocínio); o nível II requer a identificação de que a DAE é intrínseca ao indivíduo, ou seja, neste nível há uma tentativa de explicação dos défices encontrados no nível anterior; no nível III são identificadas as limitações psicossociais, físicas e/ou sensoriais que, apesar de não fazerem parte das DAE, podem ser apresentadas como problemas associados a estas; finalmente, o nível IV tenta excluir qualquer outra causa ou explicação alternativa para os défices identificados no nível I (Shaw et al., 1995).

De entre os critérios mencionados pelos vários autores ao longo do tempo, existem três em especial que, para além de serem referidos com mais frequência, são os que reúnem maior consenso na sua utilização: o critério da especificidade (ou inclusão), que pretende especificar em que âmbito aparecem as DAE, i.e., a dificuldade está limitada a um número restrito de domínios académicos ou cognitivos; o critério da

exclusão, que procura determinar o que as DAE não são, diferenciando-as de outras dificuldades que possam coexistir; e, o critério da discrepância, ou seja, a falta de concordância existente entre o resultado real de uma aprendizagem e o esperado, em função das capacidades cognitivas ou intelectuais do indivíduo. Adicionalmente, existe um outro critério que se prende com a ausência de dispedagogia, i.e., há necessidade de existirem adequadas condições pedagógicas para se poder definir uma DAE (Fonseca, 1999; Swanson, 1991).

No entanto, o consenso não é absoluto, pois, para além das vantagens e da importância de cada um dos critérios, todos eles têm limitações ou críticas (Cruz, 2009).

Uma das classificações utilizada como referência na área clínica e de investigação é a do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), pois trata-se de uma ferramenta que, a partir de critérios concisos e claros, facilita uma avaliação objetiva dos sintomas das diferentes Perturbações Mentais, inclusive das DAE (APA, 2013).

Assim, no caso das DAE, o DSM-5 propõe uma única categoria, a Perturbação da Aprendizagem Específica, ao qual se associa um especificador do domínio académico afetado, bem como as subcompetências comprometidas nesse mesmo domínio (APA, 2013). O diagnóstico deve ser estabelecido de acordo com a história do indivíduo, relatórios psicoeducacionais e resposta à intervenção, utilizando os seguintes critérios (APA, 2013):

A – antecedentes ou ocorrência atual de dificuldades de aprendizagem persistentes nos domínios académicos da leitura, escrita, aritmética ou raciocínio matemático, durante o período desenvolvimental. O indivíduo deve apresentar pelo menos um dos seguintes sinais: leitura de palavras imprecisa ou lenta, dificuldade na compreensão do que é lido, dificuldades na articulação, dificuldades na expressão escrita, dificuldades em utilizar o sentido de número e factos numéricos, dificuldades no cálculo aritmético ou no raciocínio matemático.

B – as capacidades em uma ou mais destas competências devem estar abaixo do esperado para a idade do indivíduo e devem interferir significativamente com o desempenho académico ou profissional ou nas atividades de vida diária, tal como indicado pela avaliação clínica e pelos resultados obtidos nos testes de avaliação estandardizados.

C – as dificuldades iniciam-se desde a idade escolar, mas podem apenas manifestar-se quando as exigências académicas se sobrepõem às capacidades do indivíduo.

D – as dificuldades de aprendizagem não são melhor explicadas por uma DID, por um atraso global do desenvolvimento, por défices neurológicos, sensoriais ou motores, por condições psicossociais adversas, ou por falta de condições pedagógicas adequadas.

Uma vez verificados os critérios de diagnóstico, devem ser identificados os especificadores descritivos de características, ou seja, devem ser apontados, entre os domínios académicos, as subcompetências que se encontram comprometidas e em que grau (i.e., se leve ou moderado): ao nível da leitura, a fluência e/ou compreensão leitoras; ao nível da expressão escrita, a precisão ortográfica, gramatical e de pontuação, a legibilidade ou a fluência da caligrafia e a clareza e organização da expressão escrita; e, ao nível da matemática, o sentido de número, a memorização dos factos aritméticos, a precisão ou fluência do cálculo e a eficácia do raciocínio matemático (APA, 2013).

Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2013), a prevalência das DAE é de 5 a 15% entre crianças em idade escolar, em diferentes idiomas e culturas.

Quanto às diferenças entre géneros, segundo as escolas e as clínicas, esta perturbação é mais comum no género masculino do que no feminino (as proporções variam de cerca de 2:1 a 3:1), no entanto, de acordo com a investigação, os resultados obtidos são similares entre rapazes e raparigas. Esta discórdia resulta da forma como os professores avaliam o comportamento das crianças, i.e., como as raparigas tendem

a passar despercebidas, podem nunca vir a ser identificadas como tendo uma DAE (APA, 2013; Shaywitz, 2008).

1.2 Etiologia

A hipótese de que as DAE resultam de uma alteração a nível neurológico prevalece desde o surgimento da área, no entanto, foi apenas com o desenvolvimento de especialidades médicas, como a neurologia e a oftalmologia, que foi possível provar esta relação. Paralelamente, foi também graças aos avanços tecnológicos e à introdução de novas técnicas, como o uso de tomografias e ressonâncias magnéticas, que a área progrediu (Hallahan et al., 1999).

No entanto, a interação de fatores genéticos, de fatores pré, peri e pós-natais e de fatores ambientais sobre a base neurológica, poderá influenciar a capacidade para perceber ou processar as informações com eficácia e exatidão (APA, 2013; Hallahan et al., 1999; Lerner, 2003).

Enquanto que o meio pode atuar como mediador do desenvolvimento, o potencial de aprendizagem pode ser parcialmente herdado (Fonseca, 1999). No entanto, a hereditariedade não pode ser considerada a causa direta das DAE. O que, efetivamente, se herdam são estruturas biológicas, geneticamente determinadas, que poderão influenciar o comportamento e, conseqüentemente, a aprendizagem da leitura e da escrita (Rebelo, 1993).

Também os fatores pré e perinatais se podem associar ao desenvolvimento das DAE. Prematuros do género masculino e “pequenos para a idade de gestação” de ambos os géneros parecem ser uma população de alto risco quanto às DAE e ao insucesso escolar (Fonseca, 1999).

Da mesma forma, os fatores emocionais e afetivos têm um papel relevante no desenvolvimento das DAE. Na interação entre a mãe e a criança, e.g., se a mãe não falar com o filho durante o período crítico do desenvolvimento da linguagem, ele não se irá interessar por estímulos auditivos e não captará a informação necessária para compreender e falar, o que resultará em limitações linguísticas, que por sua vez afetarão a maturação neurológica das áreas associativas do cérebro (Fonseca, 1999).

Já um bom ambiente familiar ou social, que forneça a quantidade e qualidade de estímulos suficientes de interação entre adultos e crianças é uma das condições essenciais para o desenvolvimento do potencial de aprendizagem (Fonseca, 1999).

De um modo geral, fatores emocionais, em conjunto com fatores económicos e culturais, que incluem, entre outros, maus cuidados de higiene e de saúde, malnutrição, pobreza de estímulos e de oportunidades, níveis de ansiedade elevados, métodos de ensino impróprios e inadequados, não causam a perturbação, no entanto, provocam efeitos funcionais que reduzem o potencial de aprendizagem do indivíduo com e sem DAE (Fonseca, 1999).

Por fim, importa salientar que cada uma das dimensões referidas interage, constante e sistematicamente com as restantes, produzindo, desta forma, resultados diferentes (Fonseca, 1984).

1.3 Características

A população com DAE pode manifestar uma grande variedade de características ou problemas associados, para além das dificuldades ao nível das aprendizagens escolares básicas (i.e., leitura, escrita e matemática), que podem surgir em separado ou em conjunto (Cruz, 2009; Mercer & Pullen, 2009).

Fonseca (1984) sugere que as DAE afetam tanto os aspetos neurológicos, como comportamentais. Neurológicos, pois as DAE resultam de uma alteração a este nível, como já foi referido, e comportamentais, porque, simultaneamente, está implicado um envolvimento psicoemocional.

Frequentemente, os indivíduos com DAE são chamados de desatentos, pois não se conseguem concentrar em determinada tarefa, não orientam a cabeça para o professor quando este está a dar instruções ou falham quando lhes pedem para seguir diretrizes (Kirk & Chalfant, 1984). A atenção compreende uma organização interna e externa de estímulos que é indispensável à aprendizagem, colocando em risco as funções de descodificação/integração e de codificação (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999).

De entre vários problemas perceptivos, destacam-se, principalmente, os que ocorrem ao nível da visão e da audição. A nível visual podem revelar as seguintes dificuldades: de receção ou descodificação visual, de discriminação visual, na figura-fundo, na constância da forma, na rotação de formas no espaço, de associação e integração visual, e de coordenação visuomotora (Fonseca, 1999).

Por outro lado, a nível auditivo destacam-se as dificuldades: em discriminar pares de palavras ou frases absurdas, de identificação fonética, na síntese auditiva, em completar palavras ou frases, na associação auditiva, e de articulação (Fonseca, 1999).

Quanto aos défices de memória, Kirk e Chalfant (1984) apontam dificuldades na memória de curto prazo e de longo prazo, bem como na memória de reconhecimento, i.e., na identificação de uma coisa no presente que já foi estudada ou experimentada antes, e na memória de rechamada, em que é reproduzido um estímulo experimentado previamente, na sua ausência. Os mesmos autores referem ainda a memória significativa, ou seja, o processo de compreensão e retenção da informação, relacionando-a com o que já é conhecido, e a memória mecânica, que trata a nova informação como algo isolado, sem estabelecer qualquer relação ou significado.

Destacando, agora, os aspetos cognitivos, Kirk e Chalfant (1984) descrevem problemas na formulação de conteúdos e na resolução de problemas, enquanto que Fonseca (1999) salienta os processos de conteúdo (verbal e não verbal), os processos sensoriais (intra e intersensorial) e os processos de hierarquização da linguagem.

Já que a linguagem está intimamente ligada às aprendizagens escolares, os problemas psicolinguísticos estão presentes nos indivíduos com DAE e dificultam a receção, integração e expressão de conteúdos escolares. Assim, indivíduos com défices na linguagem receptiva, não compreendem o significado do que está a ser dito; dificuldades na linguagem integrativa estão associadas à dificuldade em agir simbolicamente; finalmente, ao nível da linguagem expressiva, os indivíduos com DAE têm problemas na capacidade para se expressarem através da fala. É comum os indivíduos manifestarem, simultaneamente, os vários sinais referidos nos três tipos de dificuldades apresentados (Fonseca, 1999; Kirk & Chalfant, 1984).

Fonseca (1984) sugere potenciais problemas na organização motora de base (tonicidade, postura, equilíbrio e locomoção) e nas seguintes áreas psicomotoras: lateralização, pois têm dificuldades em reconhecer o seu corpo em diferentes orientações e direccionalidade, não podendo consciencializar interiormente e projetar exteriormente as noções espaciais básicas. Estes dois parâmetros estão implicados na discriminação de letras visualmente semelhantes (e.g., “b” e “d”, “q” e “p”); também a noção do corpo, por não diferenciarem, funcional e semanticamente, as diversas partes do corpo; a estruturação espaço-temporal, que põe em relevo os problemas de memória de curto prazo ao nível espacial (visual) e rítmico (auditivo), bem como a realização de gestos sequenciais, intencionais e controlados; e, finalmente, a praxia global e a praxia fina, onde a coordenação óculo-manual e a óculo-pedal, a agilidade e a dissociação digital se encontram afetadas. Estas condições influenciam o processamento cortical da informação.

É ainda comum o indivíduo com DAE apresentar problemas emocionais ou socioemocionais (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999; Hallahan et al., 1999; Lerner, 2003; Mercer & Pullen, 2009). As dificuldades na relação com os outros, devido a défices nas competências sociais, como, e.g., na capacidade de compreender situações sociais, na capacidade de resiliência face à pressão dos colegas, na capacidade de adequar os comportamentos, entre outros, resultam em diferenças no autoconceito e nos níveis de autoestima entre indivíduos com e sem DAE (Hallahan et al., 1999).

Adicionalmente, é também frequente estas crianças demonstrarem dificuldades na organização do estudo (Lerner, 2003).

Por fim, importa referir que as DAE permanecem ao longo da vida, mas o seu desenvolvimento e expressão clínica variam, devido às interações entre as exigências ambientais, à variedade e à gravidade das dificuldades, às capacidades individuais de aprendizagem, às comorbilidades existentes e aos sistemas de apoio e de intervenção disponíveis (APA, 2013).

É frequente a comorbilidade com outras perturbações neurodesenvolvimentais, como é o caso da PHDA, da Perturbação Específica da Linguagem (PEL), da Perturbação da Coordenação Motora (PCM), da PEA, entre outras. Apesar destas comorbilidades não excluírem o diagnóstico de DAE, tornam a avaliação e o diagnóstico diferencial mais difíceis (APA, 2013).

1.3.1 Comorbilidade com PHDA

De acordo com vários autores, a perturbação que coexiste com maior frequência com as DAE é a PHDA (DuPaul & Volpe, 2009; Karande, Satam, Kulkarni, Sholapurwala, Chitre, & Shah, 2007; Mercer & Pullen, 2009).

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento que se caracteriza por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade, interferindo no funcionamento e qualidade de vida do indivíduo. A desatenção envolve a divagação em tarefas, a falta de persistência, a dificuldade em manter o foco e a desorganização, enquanto que a hiperatividade refere-se, de um modo geral, a uma atividade motora excessiva quando não apropriada e a impulsividade reflete ações precipitadas, que ocorrem sem premeditação e com elevado potencial prejudicial ao indivíduo (APA, 2013).

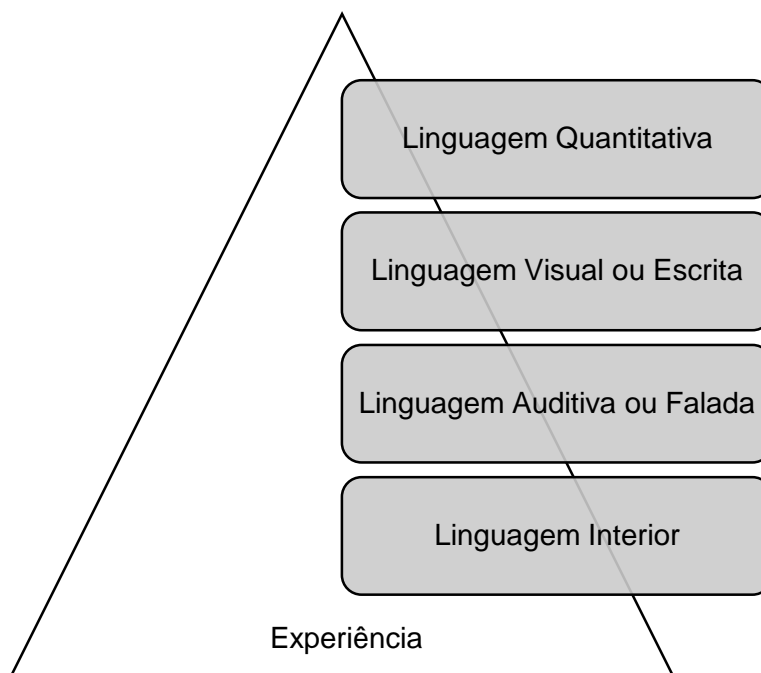
Estas características devem ser observadas em mais do que um ambiente (e.g., em casa e na escola/trabalho) e variam conforme o contexto, persistindo ao longo da vida e prejudicando o funcionamento social, académico e profissional do indivíduo (APA, 2013).

Assim, enquanto que as DAE afetam a capacidade do indivíduo para aprender, a PHDA interfere na sua disponibilidade para aprender (Mercer & Pullen, 2009).

1.4 Os Sistemas da Linguagem e as DAE

De forma a compreender a leitura e a escrita, bem como as dificuldades verificadas na sua aprendizagem, é essencial descrever o domínio do qual fazem parte e do qual resultam - a linguagem (Cruz, 2009).

De acordo com os modelos de Heaton e Winterson (1996), Fonseca (1999) e Myklebust (1978), a linguagem está organizada e manifesta-se segundo uma hierarquia de sistemas não verbais e verbais. Sinteticamente, cada um dos três modelos propõe a existência de quatro níveis de linguagem: a linguagem interior (não verbal e verbal); a linguagem auditiva ou falada; a linguagem visual ou escrita, do qual fazem parte a leitura e a escrita; e, a linguagem quantitativa, do qual faz parte a matemática (Cruz, 2009).



Assim, a linguagem assenta na compreensão interiorizada da experiência, que começa por ser corporal e não verbal, para, posteriormente, se tornar intelectual e verbal. A linguagem interior constitui o primeiro estágio de aquisição da linguagem e tem por base a experiência do indivíduo (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999).

Dentro da linguagem interior, encontram-se os fatores da linguagem não verbal, como a imagem do corpo, a orientação espacial, a expressão gestual-corporal, entre outros. O corpo, nesta fase, é um meio de comunicação total, que vai interiorizando significações que irão justificar a progressiva apropriação das palavras (Fonseca, 1984).

O nível seguinte a ser adquirido é o da linguagem auditiva ou falada, que corresponde à capacidade para compreender a palavra falada e, posteriormente, exprimi-la oralmente. Enquanto que o primeiro nível se baseava na compreensão da experiência, este reflete a compreensão das palavras e a sua expressão oral (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999).

Posteriormente, o nível correspondente à linguagem visual ou escrita envolve uma maior complexidade e maiores dificuldades na sua aprendizagem e domínio. Enquanto que no nível anterior ocorria a representação simbólica (i.e., a palavra falada) de uma experiência ou ideia, neste surge a representação simbólica (i.e., a palavra escrita) de outra representação simbólica (i.e., a palavra falada) (Cruz, 2007).

De modo a representar por escrito a língua falada, o Homem, ao longo da sua evolução, acabou por adotar diferentes sistemas de representação: os sistemas pictográficos, que representam os objetos através do desenho; os ideográficos, que representam as palavras; os silábicos, as sílabas; e, por fim, os alfabéticos, que

permitem que, com um pequeno número de símbolos (i.e., os grafemas), se possa representar um número infinito de mensagens. A esta associação entre grafemas e fonemas chama-se princípio alfabético (Citoler & Sanz, 1997a).

Ler e escrever são, desta forma, atividades complexas, que implicam múltiplos processos e um amplo conjunto de conhecimentos, pelo que, para se alcançar o seu domínio, é necessário desenvolver, simultaneamente, o reconhecimento e a produção de palavras escritas, e a compreensão e a produção de textos. Assim, ler e escrever implicam duas fases interativas e que dependem uma da outra: a fase recetiva (i.e., a leitura) e a fase expressiva (i.e., a escrita) (Cruz, 2007).

1.4.1 Fase Recetiva - Leitura

A leitura tem por base o estabelecimento de relações entre a linguagem auditiva e a linguagem visual que a substitui. Neste sentido, a leitura envolve a descodificação de símbolos gráficos ou grafemas e a sua associação interiorizada com componentes auditivas ou fonemas, que se lhes sobrepõem e lhes conferem um significado (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999).

Ler é, assim, um processo ativo que compreende a coordenação motivada e fluente tanto do reconhecimento de palavras como da compreensão (Cruz, 2009).

O processo de leitura ocorre e é controlado principalmente pelo hemisfério esquerdo, onde existem três regiões ativas: a região frontal do cérebro, a região parieto-temporal e a região occipito-temporal. Na região frontal são reconhecidos os fonemas, na região parieto-temporal é feito o mapeamento entre os fonemas e os grafemas que os representam e, finalmente, na região occipito-temporal, a palavra é aprendida e passa a ser reconhecida de um modo automático (Cruz, 2007).

Verifica-se que leitores com dificuldades manifestam uma menor ativação das duas zonas posteriores do cérebro, apoiando-se, quase exclusivamente, na região frontal do cérebro, o gerador de fonemas, e em algumas áreas do hemisfério direito (Cruz, 2007).

Por outro lado, a leitura é considerada uma atividade complexa que inclui processos psicológicos de diferentes níveis que, começando por um estímulo visual, permitem, através de uma atuação global e coordenada, a compreensão do texto. Assim, na leitura e na sua aprendizagem estão implicados dois grandes grupos de processos: os de reconhecimento de palavras ou processos de baixo nível e os que intervêm na compreensão do texto ou processos de alto nível (Citoler & Sanz, 1997a).

Inicialmente, verifica-se uma análise percetiva dos estímulos visuais. Posteriormente, os processos de reconhecimento de palavras transformam os símbolos impressos em linguagem. Deste grupo fazem parte, a descodificação, cujo objetivo é decifrar as palavras, ou seja, analisar e identificar os padrões visuais para transformá-los em fonemas e, o acesso léxico, i.e., a recuperação do conceito associado à unidade linguística (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2007).

No processo de descodificação é necessário aprender a discriminar e a identificar as letras isoladas ou em grupo e entender como é que os grafemas se relacionam com os fonemas (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2007).

Assim, para ocorrer a descodificação é necessário que as crianças sejam capazes de ouvir, identificar e manipular explicitamente os fonemas individuais da língua falada, capacidade esta que se denomina consciência fonémica (Cruz, 2007; NRP, 2000).

O acesso léxico é, geralmente, analisado com base no modelo de dupla via, que perspetiva duas formas de recuperar a informação: a via direta, visual, ortográfica ou lexical e a via indireta, fonológica ou sublexical, que, para uma leitura eficaz, devem coexistir simultaneamente. Na via lexical, o significado das palavras é feito através da sua associação ao sistema semântico, o que implica um reconhecimento global e imediato das palavras que já foram anteriormente processadas e que estão armazenadas no léxico do leitor. Na via sublexical, ocorrem mecanismos de conversão

das palavras em fonemas, de acordo com as regras de correspondência entre grafemas e fonemas (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2007; Morais, 1997; Vega, 2002).

Através da via sublexical, é possível ler tanto as palavras desconhecidas, como as pseudopalavras, já que o seu mecanismo se relaciona com a capacidade de processamento fonológico. Assim, nos estádios iniciais de aprendizagem é particularmente importante o desenvolvimento da via fonológica (Citoler & Sanz, 1997a).

É importante que o processo de reconhecimento de palavras se vá automatizando, para que deixe de exigir uma atenção excessiva, permitindo, desta forma, que menos recursos sejam dirigidos para operações de nível inferior e possam ser utilizados na realização de processos de nível superior, como é o caso da compreensão (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2007).

Os processos de compreensão interpretam a linguagem, transformando os símbolos linguísticos numa representação mental mais abstrata. Fazem parte deste grupo, o processamento sintático, que se refere ao conhecimento sobre a estrutura gramatical básica da língua, ou seja, o modo como as palavras se relacionam entre si, e os processos semânticos, cujo objetivo final é a compreensão do significado das palavras, das frases e dos textos lidos (Citoler & Sanz, 1997a; Vega, 2002).

O processamento sintático é um aspeto crítico para uma leitura eficiente e fluida de um texto que requeira que se façam predições acerca das palavras que vão sendo lidas (Citoler & Sanz, 1997a; Vega, 2002).

Os processos semânticos encarregam-se de integrar a informação com o conhecimento prévio do indivíduo, adquirido através das suas experiências anteriores (Citoler & Sanz, 1997a).

Sintetizando, qualquer uma das componentes da leitura, reconhecimento de palavras e compreensão, são importantes e atuam em paralelo, interactivamente. Os processos de descodificação podem ser realizados de forma independente, mas a sua colaboração é essencial para que se possa realizar o ato de compreensão (Citoler & Sanz, 1997a).

De um modo geral, na leitura verificam-se dificuldades de aprendizagem gerais e específicas. As dificuldades gerais de aprendizagem da leitura podem resultar de fatores exteriores, como de fatores inerentes ao indivíduo. Às dificuldades específicas de aprendizagem da leitura corresponde a dislexia, que irá ser descrita de seguida (Cruz, 2007).

1.4.1.1 Dislexia

Sendo utilizadas várias expressões para definir as DAE da Leitura, o termo, por norma, mais aceite e utilizado é o de “dislexia” (Cruz, 2007; Rebelo, 1993)

A palavra “dislexia” resulta da combinação de “dis”, que significa distúrbio ou dificuldade, com “lexia”, que significa leitura no latim e linguagem no grego (Cruz, 2007).

No entanto, a noção de dislexia não é unânime entre autores, pois enquanto que para uns ela inclui apenas as dificuldades intrínsecas ao indivíduo, para outros é mais lata e estende-se também às dificuldades gerais ou extrínsecas. Neste sentido, vários estudos têm sido feitos sobre este tema e, consequentemente, têm também sido muitas as tentativas para definir o termo (Cruz, 2007).

O termo “dislexia” surgiu graças ao oftalmologista Rudolf Berlin, em 1887. Mais de 100 anos depois, em 1994, a *International Dyslexia Association* (IDA), com a colaboração do *National Center for Learning Disabilities* (NCLD) e do *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD), criaram uma definição que foi atualizada em 2002 e, atualmente, é consensual entre vários autores e organizações. Assim, a dislexia é descrita como uma dificuldade de aprendizagem específica, de origem neurobiológica, que se caracteriza por dificuldades na descodificação, na precisão e/ou fluência na leitura de palavras e na ortografia. Regra geral, estas dificuldades estão associadas a um défice na consciência fonológica. Como

consequências secundárias, incluem-se as dificuldades na compreensão e uma experiência de leitura reduzida, que poderá afetar o desenvolvimento do vocabulário e dos conhecimentos gerais (IDA, 2015).

Geralmente, a maioria dos autores considera a dislexia como uma dificuldade primária para a leitura que afeta a capacidade para perceber as letras e as palavras como símbolos, e, conseqüentemente, a integração do significado do material escrito. Para além disso, têm-se verificado quatro aspetos consensuais entre definições: a base biológica e a condição neurológica congénita, a prevalência das dificuldades durante toda a vida, as dimensões perceptivas, cognitivas e linguísticas presentes na dislexia e o facto de influenciar várias áreas da vida adulta (Cruz, 2007).

A criança com dislexia pode, essencialmente, revelar dificuldades no plano visual ou no plano auditivo, como pode apresentar problemas em ambas as áreas de processamento da informação. Assim, a integração e a assimilação da linguagem escrita encontram-se comprometidas, podendo afetar, conseqüentemente, o desenvolvimento cognitivo. Ao avaliar estes casos, é importante construir elementos de diagnóstico ou de identificação visual e auditiva, de modo a conhecer a criança e as suas necessidades específicas, para que a sua intervenção seja o mais dirigida possível (Fonseca, 1999).

De acordo com a Direção-Geral da Educação (DGE), as dificuldades específicas ao nível da leitura surgem ao nível da descodificação e da compreensão. Na descodificação podem apresentar erros na leitura de letras, sílabas e palavras, concretamente na omissão, adição ou alteração da posição destas componentes, trocas entre letras semelhantes do ponto de vista visual e articulatório, ao “inventar” partes de palavras ou mesmo palavras inteiras ou ao “ler” uma outra palavra que de alguma forma se associa (JNE, 2015).

Ao nível da compreensão, podem surgir dificuldades na compreensão de palavras e frases, bem como para recordar factos, detalhes e/ou sinalizar a ideia principal, para sintetizar o conteúdo, também na compreensão de relações, na realização de inferências, na diferenciação entre realidade e ficção, e ainda dificuldades para retirar conclusões e para julgar a relevância e consistência de um texto (JNE, 2015).

Adicionalmente, um aluno com dislexia pode ainda apresentar uma leitura com hesitações, com paragens e recomeços, inexpressiva, que não respeite a pontuação ou que não agrupe as palavras/frases por grupos de sentido (JNE, 2015).

Como a leitura e a escrita têm a sua origem na linguagem, é comum haver crianças que, para além da dislexia, têm dificuldades em vários aspetos da escrita, como a caligrafia, a ortografia e a composição de textos (Hallahan et al., 1999).

1.4.2 Fase Expressiva - Escrita

A aprendizagem da escrita representa o culminar da hierarquia da linguagem e é o nível que leva mais tempo a ser adquirido pelo Homem (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999).

Escrever é expressar, através de sinais gráficos um pensamento. Neste sentido, enquanto que na leitura estavam implicados o reconhecimento das palavras ou descodificação, e a compreensão, na escrita, estão envolvidos os processos de codificação, ou seja, a transformação da linguagem em símbolos, e de composição, que traduz o pensamento em linguagem (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009).

Enquanto que a codificação pode ser perspectivada como um processo sensório-motor, influenciado pelo desenvolvimento da coordenação motora, das praxias, da percepção visual e da capacidade de transformar o percebido em movimentos, a composição acrescenta um significado interpessoal de comunicação (Cruz, 2009).

De acordo com o modelo de Flower e Hayes (1980, 1981), aceite pela maioria dos autores, existem três grandes grupos de processos associados à composição da

escrita: os que participam na planificação dos objetivos e do formato do texto, os que tratam da tradução ou concretização e desenvolvimento da sequência de palavras que irá ser utilizada, e os que atuam na revisão e avaliação do texto. Estas fases não se processam de forma linear, mas de um modo interativo (Citoler & Sanz, 1997a).

Os processos que participam na planificação dos objetivos e no formato geral do texto são influenciados por aspetos motivacionais, pelas características a quem se dirige e pelo modo como o indivíduo interpreta a tarefa (Cruz, 2009).

De seguida, e influenciado pelos aspetos atrás referidos, surgem os processos que tratam da tradução e desenvolvimento da sequência de palavras, que dizem respeito à transformação das ideias em linguagem escrita, compreendendo, portanto, a escolha de palavras, a formação de frases e a organização geral do texto (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009).

Finalmente, a revisão está relacionada com a avaliação do que já foi escrito, a sua eventual modificação e a análise de ideias que ainda não foram passadas para o papel (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009). Os bons escritores estão dotados de um amplo repertório de critérios e estratégias de revisão (Cruz, 2009).

Ainda que estes processos ocorram de forma automática, tal como na leitura, têm sido consideradas duas possíveis vias de acesso às palavras: a via sublexical, fonológica ou indireta e a via lexical, ortográfica, direta ou visual. A primeira utiliza os mecanismos de conversão ou regras de correspondência fonema-grafema para obter a palavra escrita, que por si só são insuficientes para garantir uma correta representação das palavras, levando, assim, à necessidade de uma segunda via. A via lexical recorre ao léxico ortográfico ou grafémico, onde estão armazenadas as representações das palavras utilizadas anteriormente (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009).

Em ambas as vias é utilizado o sistema semântico ou memória a longo prazo dos significados das palavras, o que permite que através da via lexical se possam interpretar as palavras familiares ou conhecidas e com ortografia arbitrária, e, através da via sublexical, seja possível a escrita de palavras desconhecidas ou de pseudopalavras, desde que sejam regulares (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009).

Depois de encontrados os grafemas, é necessário traduzi-los em movimentos. Assim, os movimentos relativos a cada letra, que estão armazenados na memória de longo prazo, são usados na memória de curto prazo, pois são esses padrões que especificam a forma, a direção, a sequência, o tamanho, etc., das letras (Cruz, 2009).

Em suma, aprender a escrever não significa apenas ser capaz de escrever as palavras, sendo que o verdadeiro objetivo da escrita é a capacidade de comunicar (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009).

Podem surgir dois tipos de dificuldades específicas ao nível da escrita: a disgrafia, que se prende com dificuldades de execução gráfica e de escrita das letras e das palavras, relacionadas com problemas que ocorrem no processo motor de execução do traço; e a disortografia, que se relaciona com a composição escrita e inclui problemas ao nível da planificação e da formulação escrita, tanto de palavras como de ideias (Cruz, 2007; Fonseca, 1984; Fonseca, 1999). De seguida, será descrita, detalhadamente, a disortografia.

1.4.2.1 Disortografia

A disortografia é, segundo Vidal (1989; cit in Torres & Fernández, 2001), o conjunto de erros da escrita que prejudicam as palavras, mas não o seu traçado ou grafia. Assim, esta dificuldade implica a aptidão para transmitir o código linguístico falado ou escrito por meio de grafemas, respeitando a associação correta entre os fonemas e os grafemas, bem como as regras ortográficas e as particularidades ortográficas de algumas palavras (nomeadamente naquelas em que a correspondência não é tão clara).

A disortografia afeta, desta forma, a ideação, a formulação e a produção escrita, bem como os níveis de abstração (Fonseca, 1984; Fonseca, 1999). Para além destes processos, também a revisão se encontra comprometida (Cruz, 2009; Fonseca, 1999).

As competências motoras são uma componente específica do processo da escrita, no entanto, no caso da disortografia têm pouca relevância. Por outro lado, destacam-se as capacidades percetivas específicas, como a perceção auditiva, que possibilita uma correta discriminação dos fonemas e retenção do estímulo sonoro para sua análise, a perceção visual, que permite diferenciar os grafemas e realizar a correta adequação grafema-fonema, e a perceção espácio-temporal, que se relaciona com a perceção do ritmo e aspetos temporais da fala (Torres & Fernández, 2001).

Como consequência, o indivíduo com disortografia produz textos pobres de conteúdo e de significado, recorrendo sobretudo à utilização de palavras armazenadas na via lexical, para colmatar as dificuldades sentidas na utilização de palavras não conhecidas (Torres & Fernández, 2001).

Dentro da expressão escrita, especificamente na ortografia, a DGE assinala as seguintes dificuldades: omissão de letras, sílabas, palavras, acentos, sinais de pontuação, cedilhas, hífen, etc.; inversão de letras ou sílabas; trocas entre letras semelhantes do ponto de vista visual e articulatório; adição de letras, sílabas ou acentos; repetição de letras, sílabas, palavras ou expressões; junção de várias palavras; separação de partes constituintes das palavras; utilização de palavras da mesma área vocabular mas de significado diferente; dificuldade em respeitar as regras de concordância em género, em número ou em utilizar o verbo na pessoa ou tempo adequados; e, dificuldade em respeitar as regras ortográficas da língua (JNE, 2015).

Assim, a aprendizagem da leitura e da escrita implica várias funções que, para além de integrarem a linguagem recetiva e expressiva, são interativas e dependentes uma da outra. No entanto, esta aprendizagem não constitui um fim em si mesmo, sendo, sim, um instrumento que irá permitir melhorar o sistema linguístico e comunicativo do indivíduo, proporcionando-lhe acesso a outras aprendizagens (Cruz, 2009).

De modo a compreender as dificuldades associadas a estas aprendizagens e, posteriormente, intervir, é necessário construir elementos de diagnóstico, que permitam conhecer a criança e as suas necessidades. Assim, é importante perceber qual o nível inicial do indivíduo, e, em função deste, orientar uma intervenção que progrida do simples para o complexo, do concreto para o abstrato, do vivido para o refletido e do experimentado para o pensado, de forma a culminar numa ação pensada (Cruz, 2009; Fonseca, 1999).

1.5 Diagnóstico e Intervenção

1.5.1 O Diagnóstico

Na área das DAE, o diagnóstico procura descrever e compreender o potencial de aprendizagem da criança, bem como as suas dificuldades e características. É apenas pertinente realizá-lo como meio ao serviço da intervenção (Citoler & Sanz, 1997b; Rebelo, 1993).

É possível realizar o despiste dos casos que correm determinados riscos, como medida de prevenção, antes de realizar o diagnóstico propriamente dito. No entanto, se após esta fase for necessário aprofundar o caso, o diagnóstico torna-se decisivo. Neste sentido, são escolhidos e aplicados os instrumentos de acordo com as dificuldades e necessidades do indivíduo, com o objetivo de avaliar a extensão das dificuldades e, eventualmente, ajudar a clarificar as suas causas (Fonseca, 1999; Mercer & Pullen, 2009; Rebelo, 1993).

Por outro lado, o diagnóstico fornece elementos úteis para a planificação da intervenção, de acordo com as características e necessidades específicas do indivíduo (Rebelo, 1993).

É ainda utilizado ao longo do processo de intervenção, de modo a avaliar os eventuais progressos e averiguar a qualidade e extensão da intervenção. Nesta fase, são confrontados os resultados obtidos com os objetivos delineados, verificando-se qual o efeito da intervenção no desenvolvimento geral dos indivíduos (Rebelo, 1993).

Cruz (2007) e Fonseca (1999) realçam a importância de uma identificação precoce, que, quando realizada antes da entrada para o 1º Ciclo, permite detetar muitos dos sinais responsáveis pelo insucesso escolar e realizar um programa de intervenção adequado. Para Fonseca (1999), na identificação, o mais importante é a utilidade da informação e a sua eficácia pedagógica.

É consensual entre os autores que existe uma dificuldade em identificar as crianças com DAE, tornando-se, desta forma, necessária a existência de uma equipa transdisciplinar que avalie o indivíduo em várias áreas do desenvolvimento (Cruz, 2009).

Para além da avaliação neurológica, que apenas é necessária se houver sintomas suscetíveis de indicar lesões cerebrais ou disfunções cerebrais mínimas, realiza-se, essencialmente, a avaliação psicopedagógica (Rebelo, 1993).

A componente psicológica analisa os aspetos psicológicos envolvidos direta ou indiretamente na aprendizagem, como a inteligência, as competências específicas (e.g., a capacidade de raciocínio abstrato, a compreensão e fluidez verbal, o raciocínio numérico, as competências visuomotoras, o perfil psicomotor, o desenvolvimento da linguagem, a perceção e processamento visual e auditivos, etc.), a memória, a atenção, a personalidade, os estilos cognitivos e a motivação (Fonseca, 1999; Rebelo, 1993).

De forma a complementar esta avaliação, a componente pedagógica procura identificar os aspetos pedagógicos envolvidos na aprendizagem. Para além dos aspetos fonológicos, que estão na base de uma correta aprendizagem da leitura e da escrita, são também avaliados os aspetos morfológicos, sintáticos e semânticos (Rebelo, 1993).

Para avaliar estes aspetos, os técnicos recorrem a uma grande variedade de testes ou baterias de testes, entrevista aos pais e à criança, observação da criança, bem como à aplicação de tarefas específicas para a avaliação de fatores determinantes nos processos de leitura e escrita (Citoler & Sanz, 1997b; Fonseca, 1999; Lerner, 2003; Rebelo, 1993).

Na entrevista aos pais é recolhida informação desde o pré-natal até à idade atual da criança, incluindo desde informações médicas e familiares a informações da escola. Nesta fase, deve ser estabelecida uma relação de confiança entre o técnico e os familiares, não devendo ser colocadas questões que alarmem os pais ou os coloquem na defensiva, ao mostrar censura nas suas ações. O técnico deve transparecer aceitação e empatia enquanto mantém a objetividade profissional (Lerner, 2003).

Também a observação da criança nos vários contextos contribui para a adição de informações e a validação de outras, recolhidas por outros instrumentos (Lerner, 2003).

Existem ainda escalas de classificação, que podem ser preenchidas pelos pais e pelos professores e que se baseiam no seu julgamento. Normalmente, são utilizadas na suspeita de comorbilidade com a PHDA ou outros problemas comportamentais e/ou emocionais (Lerner, 2003).

Os testes e baterias de testes dividem-se em testes com referência à norma, que são utilizados para comparar a criança e as suas capacidades com o seu grupo normativo, e os com referência a critério, que servem para avaliar uma medida em específico. No entanto, frequentemente, torna-se mais importante interpretar os resultados qualitativamente e descrever as observações feitas durante a sua aplicação (Lerner, 2003).

Por fim, as tarefas informais assemelham-se àquilo que é feito na escola, tanto na forma como no conteúdo, dando origem a resultados mais aproximados da realidade (Lerner, 2003).

Assim, do relatório fazem parte: a afirmação ou negação do diagnóstico de DAE; os comportamentos relevantes, observados durante os testes; os fatores suscetíveis de explicar esses comportamentos; a fundamentação das conclusões; e, as recomendações pertinentes para o caso (Rebello, 1993).

1.5.2 A Intervenção

A heterogeneidade dos perfis de aprendizagem de alunos com DAE torna o processo de intervenção um desafio permanente (Ferreira, 2009). Assim, não se pode afirmar que existem métodos melhores que outros, mas sim que uns são melhores para um tipo de dificuldades e outros, para outras (Hallahan, Lloyd, Kauffman, Weiss, & Martinez, 2005).

Ao nível da intervenção é necessário tomar dois tipos de decisão, uma relacionada com o modelo a ser utilizado e outra relacionada com o tipo de intervenção ou instrução propriamente dita (Kirk & Chalfant, 1984).

Existem múltiplos modelos de intervenção ao nível das DAE, que têm, como objetivo comum, a minimização das dificuldades do indivíduo, ao mesmo tempo que procuram melhorar o seu rendimento académico (Hallahan et al., 2005).

Uma das maneiras de abordar o problema é através da perspetiva médica (ou metodologia medicamentosa ou farmacológica), que se foca em encontrar as causas do problema e corrigi-lo. No entanto, esta é uma metodologia limitada pois, logo que a medicação seja interrompida, as dificuldades voltam (Cruz, 2007; Hallahan et al., 1999; Lerner, 2003; Mercer & Pullen, 2009; Shaywitz, 2008).

Por outro lado, em resposta à perspetiva médica, surgem as abordagens que se focam no comportamento observado e nos processos psicológicos implicados (Hallahan et al., 1999). Atualmente, a abordagem cognitiva é uma das mais influentes sobre o diagnóstico e a intervenção das DAE. Esta abordagem salienta o contributo dos processos cognitivos implicados na aprendizagem, como a atenção, a memorização e a codificação da informação. Em termos práticos, a maioria dos autores inclui nas estratégias de abordagem cognitiva as seguintes técnicas: a autoinstrução, a automonitorização do desempenho académico, as estratégias mnésicas, o treino da metamemória, o treino da metacompreensão e a instrução por patamares (Ferreira, 2009; Hallahan et al., 1999).

A implementação de estratégias de abordagem cognitiva tem como objetivo favorecer a autonomia do aluno na utilização seletiva de estratégias, tendo em conta as suas características e as exigências das tarefas educativas (Ferreira, 2009).

Já a abordagem comportamentalista ou behaviorista defende que as variáveis contextuais e a história de aprendizagem do indivíduo são críticas para o desenvolvimento e aquisição das competências académicas. Esta abordagem utiliza

técnicas como a análise comportamental aplicada, a instrução direta e a análise de tarefas (Cruz, 2007; Lerner, 2003; Mercer & Pullen, 2009).

Finalmente, a abordagem construtivista baseia-se não só na cognição, mas também nas influências contextuais e subjetivas da aprendizagem. Este tipo de abordagem valoriza a mediatização, por proporcionar situações que tenham objetivos intrínsecos para a criança e que favoreçam as interações sociais (Hallahan et al., 1999; Mercer & Pullen, 2009).

Analisando as várias abordagens e respetivas estratégias utilizadas, foram consideradas como as mais eficazes as estratégias de autorregulação (autoinstrução, automonitorização, autorreforço, autoavaliação), ensino de estratégias de aprendizagem e instrução direta, que possibilitem várias oportunidades de prática (Hallahan et al., 1999).

Para além da seleção de um modelo e respetivas estratégias adequadas, a intervenção em alunos com DAE passa, principalmente, pelo domínio de técnicas instrumentais de base (leitura, escrita e cálculo) (Ferreira, 2009). Vários autores concordam que a intervenção em alunos com DAE deve ser realizada, sobretudo, pelo treino fonológico, que deverá ter duas vertentes fundamentais: um treino da consciência fonológica e particularmente da consciência fonémica; e um treino com base no princípio alfabético, i.e., nas relações entre grafemas e fonemas que levará ao conhecimento e à rápida manipulação das relações fonológicas (Querido & Fernandes, 2011).

Por fim, segundo Cruz (1999), importa salientar que o melhor e mais efetivo diagnóstico e a melhor e mais efetiva intervenção são os que têm por base uma abordagem multidimensional, pois cada indivíduo é perspectivado nas suas várias dimensões e personalidade própria.

1.5.2.1 Intervenção Psicomotora

A aprendizagem resulta de uma integração psicomotora complexa, que se inicia nos sistemas interoceptivos, relacionados com a organização tónico-emocional, e continua nos sistemas propriocetivos, do qual fazem parte as emoções e o controlo postural, e nos sistemas exteroceptivos, onde se encontram os símbolos e o desenvolvimento prático (Fonseca, 1999). Assim, através do desenvolvimento psicomotor, o cérebro constrói mapas perfeitos do corpo, que se refletem a nível emocional e cognitivo (Fonseca, 2006).

As aprendizagens escolares assentam em aprendizagens não verbais já atingidas e consolidadas, como é o caso das posturas, dos desenhos, dos jogos, das danças, das músicas, das rimas, das lengalengas, etc., a partir das quais a introdução de novos elementos permitirá novas adaptações integradas e, finalmente, novas aprendizagens (Fonseca, 2006). Assim, a criança tem de utilizar a totalidade dos seus recursos, tanto endógenos como exógenos, de modo a otimizar o seu potencial de aprendizagem e garantir adaptabilidade ao maior número de situações nas áreas da leitura, da escrita e do cálculo (Fonseca, 1999).

É a relação entre a criança e os símbolos (neste caso, as letras) que gera a aprendizagem da leitura e da escrita. Esta relação implica uma incorporização dos símbolos léxicos, i.e., os dados da nova experiência, que, por sua vez, só será possível por meio da motricidade (Fonseca, 2006).

Através de uma aprendizagem prática e sensório-motora das letras, nas suas diversas vertentes (visuais, auditivas e tátiloquinestésicas), a criança irá construir imagens, esquemas e formas de pensamento baseadas na assimilação dos dados sensoriais e na antecipação dos dados motores. Assim, assimilando as letras no seu próprio corpo e na sua motricidade, a criança irá esboçar elementos gnósticos e reflexivos que, posteriormente, darão origem à aprendizagem da leitura e da escrita (Fonseca, 2006).

Estas aprendizagens estão, assim, dependentes da evolução das possibilidades motoras, pois só a partir de um determinado nível de organização motora, da coordenação fina dos movimentos e de uma integração espácio-temporal vivida se podem desenvolver estas competências (Fonseca, 1976). Costa (2008) acrescenta que estas aprendizagens passam primeiro pelo conhecimento do corpo, do espaço, do tempo, dos objetos e das relações que a criança estabelece.

Assim, a motricidade deve ser vista como um meio privilegiado para mobilizar e reorganizar as funções mentais e o corpo deve ser utilizado como um meio de expressão e relação através do qual a cognição se organiza e se manifesta (Fonseca, 1999).

Neste sentido, a intervenção psicomotora surge como uma resposta de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensório-motor, através do movimento e da regulação do tônus, viabilizando a apropriação dos processos simbólicos, com especial destaque na componente lúdica (Martins, 2001).

Tendo por base as potencialidades motoras, mentais e emocionais de cada indivíduo, bem como o seu envolvimento ecológico, que se encontram em interação permanente, o psicomotricista compensa condutas inadequadas e inadaptadas em situações diversas, ligadas tanto a problemas de desenvolvimento e maturação, como de aprendizagem, de comportamento ou de âmbito psicoafectivo (Fonseca, 2001; Martins, 2001).

Para tal, é importante intervir desde o período pré-escolar nas diferentes áreas de integração tátil-quinestésica, visual e auditiva, o que irá permitir processar a informação de forma mais complexa e especializada. É necessário que as informações sejam precisas a nível da receção, para, posteriormente, serem bem integradas no cérebro e organizadas em respostas adequadas, ou seja, no produto final (Fonseca, 2006).

Existem alguns autores que procuraram estudar as relações entre a proficiência na leitura e na escrita e diferentes variáveis psicomotoras, apresentando correlações entre estas competências e fatores como o equilíbrio estático, a lateralidade, a noção do corpo, a estruturação espacial e a planificação motora. Estes estudos sugeriram ainda que programas de intervenção adequados melhoram as competências espaciais e perceptivas, fundamentais para as aprendizagens escolares. Com base nestes constructos teóricos, foram concebidos e aplicados experimentalmente programas de reeducação perceptivomotora e psicomotora, que obtiveram tanto resultados positivos como outros sem efeitos (Fonseca, 1999).

Tudo leva a crer que a utilização do movimento, através da intervenção psicomotora, poderá servir de suporte às aprendizagens escolares, atuando como método preventivo, no entanto, ainda não é totalmente claro como é que uma intervenção através da psicomotricidade poderá influenciar o desempenho cognitivo dos indivíduos, pois a principal dificuldade é estabelecer de que forma a motricidade pode enriquecer e/ou modificar os processos perceptivos, integrativos e complexos da aprendizagem (Fonseca, 1976; Fonseca, 1999; Moreira, Fonseca & Diniz, 2000).

2. Enquadramento Institucional: CADIn

No enquadramento institucional que se segue é realizada uma breve descrição do CADIn, onde são abordados aspetos como a missão e dinâmica da instituição, os serviços de que dispõe, a equipa técnica e ainda a articulação deste centro com a família, a escola e a comunidade. Por fim, é caracterizada a intervenção psicomotora nesta instituição.

2.1 Caracterização da Instituição

O CADIn é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) cuja missão é a promoção da integração de crianças, jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento na sociedade (CADIn, 2014a).

O centro foi fundado a 9 de abril de 2003, no concelho de Cascais, por iniciativa da Fundação Huguette e Marcel, e iniciou atividade em junho do mesmo ano. Em setembro de 2011, abriu um outro pólo em Setúbal, devido ao elevado número de utentes provenientes deste distrito (CADIn, 2011; CADIn, 2015).

O CADIn pretende proporcionar a melhor qualidade de vida possível aos indivíduos com perturbações do desenvolvimento, através das seguintes ações: promover a prestação de cuidados médicos e afins; promover a divulgação de conhecimentos sobre as perturbações do desenvolvimento; obter e tornar efetivos, junto de entidades oficiais, todos os meios de ação que visam proporcionar facilidades de diagnóstico, terapêutica, reabilitação e integração social, bem como o apoio aos familiares; estabelecer intercâmbio com outras organizações congêneres; promover ações de caráter científico, investigacional e educacional; e, promover ações de índole social (CADIn, 2015).

Assim, todo o trabalho aqui desenvolvido gira em torno de três eixos fundamentais: a atividade clínica e terapêutica, a formação e a investigação. A componente clínica e terapêutica atua desde o diagnóstico à intervenção, assegurando a avaliação e acompanhamento de todas as problemáticas. Com o intuito de esclarecer e divulgar as questões do desenvolvimento e comportamento atípico, são realizadas ações de formação e sensibilização, onde se promove a partilha de conhecimento com profissionais e com a comunidade em geral. Finalmente, de modo a contribuir para o avanço do conhecimento sobre o desenvolvimento e as perturbações associadas, o CADIn alia-se a diversas entidades universitárias com quem colabora no ensino e na investigação (CADIn, 2011; CADIn, 2014b).

2.2 População

O CADIn apoia crianças, jovens e adultos com perturbações do desenvolvimento, assim como as suas famílias. Este número tem evoluído significativamente desde a data de criação do centro (Pinho, 2014).

Relativamente à distribuição entre faixas etárias, a maioria dos utentes situa-se entre os 11 e os 15 anos (35%), seguidamente surgem as crianças entre os 06 e os 10 anos (28%), depois os jovens entre os 16 e os 20 anos (17%) e os adultos acima de 21 anos (12%) e, finalmente, as crianças com idades inferiores a 06 anos (9%) (Pinho, 2014).

O percurso do utente na instituição poderá ser iniciado por uma de três vias: ou através da receção/secretaria ou no contacto direto com algum dos técnicos; ou através de uma consulta médica, onde são observados os principais sinais de alerta, que levam a que, posteriormente, o médico encaminhe o caso para os técnicos respetivos, de acordo com as suas formações, características e necessidades dos utentes; ou através de um processo de triagem, realizado por técnicos específicos, no qual são aferidas as principais queixas. Neste processo, o utente é aconselhado a consultar um médico e/ou

é encaminhado para avaliação, de onde resultarão as recomendações necessárias para cada caso (CADIn, 2013).

2.3 Equipa Técnica e Núcleos de Intervenção

O CADIn dispõe de uma vasta equipa técnica, liderada pelo Conselho de Administração, pela Direção Clínica e pela Direção Administrativa e Financeira. O corpo clínico é constituído por 3 neuropediatras, 3 pedopsiquiatras, 1 psiquiatra, 5 Técnicas Superiores de Educação Especial e Reabilitação (TSEER), 2 neuropsicólogos, 14 psicólogos clínicos/educacionais, 2 psicomotricistas, 4 Terapeutas da Fala (TF) e 1 Terapeuta Ocupacional (TO) (CADIn, 2014c).

A atividade clínica do centro encontra-se organizada sob a forma de três núcleos, dispostos por faixas etárias: o Núcleo de Idade Pré-Escolar (NIPE), que atua em crianças até aos 06 anos de idade, o NIE, que atua na faixa etária situada entre os 06 e os 16 anos e o Núcleo de Adolescência e Idade Adulta (NAIA), que apoia jovens e adultos a partir dos 16 anos de idade (Pinho, 2014).

2.4 Bolsa Social

O CADIn, como instituição solidária que é, criou a Bolsa Social, que consiste num fundo monetário para comparticipação dos custos de acompanhamento dos utentes, pagando estes um valor simbólico. Para isto, é necessário formalizar um pedido de apoio, havendo uma avaliação posterior da situação financeira e social do utente e da família, para, finalmente, ser tomada uma decisão sobre a possibilidade de atribuição da Bolsa. Esta iniciativa é apoiada por diversas empresas, pela Câmara Municipal de Cascais e ainda por indivíduos particulares, pelo que o valor cedido a cada família é limitado e variável de ano para ano, consoante as verbas (CADIn, 2011; Pinho, 2014).

2.5 Articulação com a Família, a Escola e a Comunidade

O CADIn acompanha não só as crianças, jovens e adultos com alterações no desenvolvimento, ajudando-os a superar as suas dificuldades, mas também as famílias, escolas e comunidade em geral, para que aprendam a lidar com a diferença e contribuam para a maximização do potencial do indivíduo (CADIn, 2014b).

As famílias encontram no CADIn uma equipa preparada para o diagnóstico e o tratamento, mas igualmente disponível para ouvir, informar e aconselhar. Os técnicos procuram conhecer e atender às necessidades, história e situação particulares e não apenas ao diagnóstico do indivíduo. Desde a avaliação à intervenção, colaboram profissionais de várias especialidades, que envolvem não só a família, mas também a escola e outras instituições, para que, em conjunto, respondam o melhor possível ao pedido de ajuda (CADIn, 2014d).

A escola e os agentes educativos são envolvidos no processo de avaliação, bem como de intervenção, onde existe uma articulação de informação que permite potenciar o desenvolvimento do indivíduo (CADIn, 2014b).

As formações e ações de sensibilização são também uma forma de preparar as famílias, as escolas, as empresas e a comunidade em geral, procurando contribuir para o avanço do conhecimento sobre as perturbações do desenvolvimento e sobre as respostas mais eficazes a desenvolver (CADIn, 2014b).

Alguns dos projetos realizados no CADIn contribuem igualmente para a inclusão do indivíduo na sociedade, como é o caso do projeto Redes Ativas. O projeto Redes Ativas é um programa de intervenção em grupo para jovens com Síndrome de Asperger (SA), que tem por objetivo aumentar a sua autonomia em atividades de vida diária e nas áreas da socialização, comunicação e emprego (CADIn, 2014e).

Finalmente, a colaboração com diversas entidades universitárias é mais uma forma de divulgação da instituição e de partilha de informação (CADIn, 2014b).

2.6 Intervenção Psicomotora no CADIn

No CADIn, a intervenção psicomotora representa uma das várias respostas ajustada às necessidades e características dos utentes com perturbações do desenvolvimento. Este tipo de intervenção adequa-se a qualquer faixa etária e às diferentes perturbações do desenvolvimento acompanhadas no centro, oferecendo respostas educativas e terapêuticas apropriadas (Equipa Técnica do CADIn, 2005).

Através do investimento corporal na ação, da manipulação de objetos, da simbolização e de atividades expressivas, os indivíduos poderão melhorar a comunicação, os aspetos psicomotores e organizar o pensamento (Equipa Técnica do CADIn, 2005).

No CADIn, é importante incluir na intervenção quer aspetos relacionados com a prática relacional, na relação com o outro, na representação simbólica e na comunicação não verbal, quer aspetos relacionados com a prática instrumental, através de uma relação mais concreta com os objetos e com o meio (Equipa Técnica do CADIn, 2005).

É também dada importância à avaliação e à integração dos fatores psicomotores, pelo que o desenvolvimento de atividades ao nível da tonicidade, da equilíbrio, da lateralização, da noção do corpo, da estruturação espaço-temporal, da praxia global e da praxia fina abrem caminho para a aquisição de novas aprendizagens e contribuem para que o indivíduo se organize (Equipa Técnica do CADIn, 2005).

Realização da Prática Profissional

No presente capítulo são abordados os objetivos e atividades de estágio, é descrita a intervenção pedagógico-terapêutica praticada, que inclui a apresentação de dois estudos de caso, são relatadas as oportunidades de relação quer entre a estagiária e os profissionais da instituição, quer entre a mesma e a família, a escola e a comunidade. São ainda referidas as atividades complementares que foram realizadas e, por fim, as dificuldades e limitações sentidas durante todo este processo.

1. Objetivos e Atividades de Estágio

De acordo com o regulamento do RACP, o estágio pretende proporcionar uma aprendizagem teórica e prática direcionada para a atividade profissional e facilitar a inserção no mercado de trabalho, através do ganho de competências na intervenção pedagógico-terapêutica, na relação com outros profissionais e na relação com a comunidade.

Tendo em conta o referido anteriormente, foi realizado um contrato de aprendizagem com o CADIn, com o objetivo de desenvolver e preparar o aluno para que atinja o máximo de autonomia nos seguintes domínios: avaliação, análise e interpretação de casos clínicos, planeamento da intervenção, intervenção, raciocínio clínico, e comunicação profissional. Para cada uma destas áreas foram estabelecidas tarefas específicas, que podem ser consultadas na tabela que se segue.

Tabela 1 - Objetivos do Estágio, definidos pelo CADIn

Domínio	Tarefas
Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Selecionar métodos de recolha de dados;• Operacionalizar a recolha de dados com a seleção da informação relevante a partir de diferentes fontes;• Elaborar a anamnese do utente;• Sintetizar a informação recolhida;• Identificar as áreas a avaliar;• Conhecer os instrumentos de avaliação formal disponíveis na instituição;• Identificar métodos e processos formais e informais de avaliação;• Adaptar os procedimentos de avaliação às diferentes características e necessidades individuais;• Aplicar instrumentos formais de avaliação com supervisão do orientador;• Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Análise e Interpretação	<ul style="list-style-type: none">• Identificar fatores de insucesso ou má prestação do utente durante o processo de avaliação;• Estabelecer a linha de base para a intervenção: áreas fortes e áreas fracas;• Elaborar o diagnóstico;• Estabelecer e justificar prognósticos, sempre que possível;• Identificar e utilizar medidas de avaliação da eficácia da intervenção e efetuar as necessárias reformulações;• Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.

Planeamento da Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer objetivos de intervenção direta e indireta; • Ter em conta as expectativas do utente e/ou família relativamente à intervenção na elaboração do plano; • Selecionar metodologias de intervenção adequadas; • Selecionar e aplicar estratégias de intervenção eficazes de acordo com cada objetivo estabelecido; • Definir atividades, selecionar e elaborar materiais de intervenção; • Elaborar planos de sessão, com objetivos e materiais a utilizar; • Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer registos diários das sessões de intervenção observadas; • Registar diariamente os resultados das sessões realizadas; • Refletir sobre as sessões observadas e realizadas sob supervisão; • Redefinir objetivos durante as sessões de acordo com os limiares de tolerância e comportamento dos utentes; • Manter a motivação do utente em cada sessão e ao longo do processo de intervenção; • Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Raciocínio Clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionar os dados recolhidos com a identificação de fatores etiológicos, limitadores e facilitadores; • Relacionar entre si os dados dos diferentes testes aplicados; • Relacionar os dados da avaliação com os dados da anamnese; • Distinguir quadros clínicos; • Sustentar as suas decisões na evidência científica, realizando pesquisa bibliográfica; • Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.
Comunicação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Dominar a terminologia clínica; • Colaborar nas atividades dinamizadas pela instituição, sempre que lhe seja solicitado; • Reconhecer a importância do desenvolvimento contínuo e procurar orientações profissionais; • Ser empático, reconhecendo as necessidades, valores, modos de comunicação e nível cultural e linguístico do utente, família/cuidador ou de outros elementos relevantes no processo; • Respeitar os aspetos éticos envolvidos relativamente ao utente e a todos os intervenientes no processo, bem como aos documentos que lhe são facultados; • Elaborar diferentes tipos de documentos escritos, cumprindo diferentes objetivos.

Assim, de um modo geral, espera-se que o aluno relacione saberes teóricos e metodológicos com a atividade profissional e que seja integrado numa equipa multidisciplinar e estabeleça uma relação de comunicação e partilha com os diferentes profissionais e outros intervenientes do processo.

De seguida, são apresentados o cronograma e horário correspondentes às atividades de estágio, que se encontram, posteriormente, detalhadas no subcapítulo “Intervenção Pedagógico-Terapêutica”.

Cronograma




O estágio teve início a 16 de outubro de 2014, com uma reunião entre a coordenadora e os estagiários das diferentes áreas (Reabilitação Psicomotora, Psicologia Clínica e Neuropsicologia). Neste encontro foram apresentadas a história e a missão da instituição, bem como as instalações e a equipa. Foi descrita a metodologia de acompanhamento dos estágios e foram expostas as regras a cumprir. Ainda neste dia, foram realizadas dinâmicas de grupo e de apresentação entre os estagiários, que, de acordo com as suas expectativas e preferências, foram distribuídos pelos núcleos do CADIn.


Na semana seguinte, foram realizadas as reuniões com os coordenadores de cada núcleo, que esclareceram dúvidas acerca do funcionamento e do papel dos respetivos técnicos do núcleo.

Feitas as apresentações, as atividades propriamente ditas iniciaram a 25 de outubro de 2014 e terminaram a 01 de junho de 2015.

A tabela que se segue sumaria o trabalho desenvolvido ao longo do estágio.

Tabela 2 - Cronograma do Estágio

	2014			2015					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Definição dos Locais de Estágio	X								
Acolhimento no CADIn	X								
Observação de Consultas Clínicas	X	X		X					
Observação de Sessões									
Planeamento e Dinamização de Atividades									
Planeamento e Dinamização de Sessões									
Observação e Participação em Avaliações									
Participação em Reuniões de Equipa									
Participação em Reuniões do NIE									
Reuniões com o Orientador Local									
Reuniões de Coordenação de Estágios									

Reuniões com o Orientador Académico	X		X		X				
Participação em Atividades Formativas	X	X	X		X		X		
Realização de Trabalhos Propostos									

Inicialmente, as atividades realizadas foram, principalmente, de observação, evoluindo, gradualmente, até à realização de avaliações e sessões de forma autónoma. Foi ainda possível participar em reuniões regulares, em consultas do desenvolvimento, nas especialidades de neuropediatria e pedopsiquiatria, bem como em atividades formativas promovidas pela instituição. As atividades práticas foram complementadas com a realização de trabalhos propostos pela instituição.

Horário

O horário de estágio foi desenvolvido em conjunto com a coordenadora de estágios do CADIn, a orientadora local, a estagiária e outros técnicos disponíveis para acompanhamento. Assim, a sua elaboração teve em conta não só o número de horas previstas pelo regulamento do RACP, mas também os interesses da estagiária e a disponibilidade dos técnicos envolvidos.

Foram acompanhadas, maioritariamente, crianças com DAE, sob a orientação da orientadora local, de uma outra TSEER e de uma psicomotricista, mas também casos com PEA e PHDA, orientados por diferentes TSEER. Para além disso, foi possível participar em reuniões de equipa e de núcleo, com apresentação de temas diversificados e discussão de casos clínicos, bem como reuniões com a orientadora local, com o intuito de receber feedback e esclarecer dúvidas acerca do trabalho desenvolvido, e com a coordenadora e os outros estagiários, para troca de conhecimentos e experiências.

Fora do horário estipulado, foram observados e dirigidos vários momentos de avaliação formal de diversos casos, com uma regularidade muito variável. Existiram momentos de grande fluxo de avaliações, como, e.g., no início e final dos períodos letivos, e alturas em que a quantidade de avaliações foi menor.

Assim, o horário de estágio contemplou, essencialmente, momentos de intervenção, avaliação e reunião, com distribuição variável entre as 17 e as 23 horas, sendo o horário apresentado de seguida uma aproximação do horário praticado.

Tabela 3 - Horário de Estágio

	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
09:00-09:30	Avaliações		Avaliações	Avaliações	Avaliações
09:30-10:00					
10:00-10:30		Sessão PEA (D. I.)			
10:30-11:00					
11:00-11:30					Sessão DAE (Mn. M.)
11:30-12:00					
12:00-12:30		Reunião NIE			
12:30-13:00					
13:00-13:30	Reunião Equipa				
13:30-14:00					
14:00-14:30	Reunião Orientador		Sessão DAE (L. M.)		
14:30-15:00		**Reunião NIE c/Médico	Sessão DAE (Ml. F.)	**Reunião NIE c/Médico	Sessão DAE (Mn. F.)
15:00-15:30	Sessão DAE (M. S. A.)				Sessão DAE (M. S. A.)
15:30-16:00			Sessão DAE (T. M.)		Sessão DAE (M. L.)
16:00-16:30		*Sessão DAE (F. P.)		*Reunião Coordenador	Sessão DAE (J. M. B.)
16:30-17:00	Sessão DAE (M. M.)				
17:00-17:30					
17:30-18:00					
18:00-18:30	Sessão PHDA (C. R.)				
18:30-19:00					

Legenda: * Periodicidade Quinzenal

** Periodicidade Mensal

2. Intervenção Pedagógico-Terapêutica

No subcapítulo que se segue é descrita a metodologia de avaliação e de intervenção na instituição, onde é apresentada a população apoiada durante o período de estágio, e, em detalhe, dois estudos de caso.

2.1 Avaliação

No CADIn, os pedidos de avaliação podem surgir por solicitação da família, quer por iniciativa própria devido às suas preocupações, quer por sugestão da escola ou de outra figura de referência que acompanhe a criança, ou ainda por sugestão de um médico ou técnico, que tenha identificado sinais de alerta relevantes.

O processo de avaliação é constituído pelas seguintes fases: (1) contacto inicial com o responsável pelo pedido de avaliação, de forma a definir a avaliação mais adequada e marcar o início da mesma; (2) recolha formal de informação junto dos pais e/ou outras figuras de referência, bem como aplicação dos instrumentos de avaliação à criança; (3) cotação, análise e interpretação dos resultados; (4) elaboração do relatório de avaliação, onde são apresentados os resultados obtidos e as respetivas conclusões, sendo também sugeridas recomendações e estratégias a utilizar; (5) momento de entrega do relatório, apresentado e revisto em conjunto com os intervenientes do processo e onde são esclarecidas todo o tipo de dúvidas.

Regra geral, a segunda fase deste processo não se realiza toda no mesmo dia, uma vez que a avaliação é um processo extenso e exigente para a criança e que, se for realizado sem pausas, pode levar a que esta fique cansada e desmotivada, o que poderá influenciar o seu desempenho. Assim, é importante respeitar o ritmo da criança, interrompendo a avaliação sempre que necessário, de modo a obter o melhor resultado possível.

Apesar da estagiária ter observado processos de avaliação em PEA e PHDA, a maior frequência de avaliações assistidas/participadas foi na área das DAE, pelo que a descrição do protocolo de avaliação que se segue é referente ao despiste de casos nesta área.

2.1.1 Protocolo de Avaliação para despiste de uma DAE

a) Entrevista aos Pais e à Criança

A entrevista aos pais realiza-se com base num documento criado pelo anterior Núcleo da Dislexia e Outras Dificuldades de Aprendizagem do CADIn (NDODA). São levantados dados de identificação da criança, o motivo de avaliação/quem fez o encaminhamento, dados do agregado familiar, a história familiar, entre outros. São também recolhidas informações sobre as etapas de desenvolvimento (gravidez, condições do parto, alimentação, sono, desenvolvimento psicomotor e da linguagem), sobre o estado de saúde da criança, sobre a história educativa e dados sobre outros apoios e avaliações pedagógico-terapêuticas que a criança já tenha realizado. Por último, realiza-se ainda o levantamento de informações acerca do envolvimento social e cultural.

À criança são colocadas, essencialmente, questões acerca da escola e do ambiente escolar/social: se gosta da escola, quais as disciplinas preferidas e aquelas de que gosta menos e porquê, se gosta da turma, etc..

b) Questionários

Para além da entrevista feita aos pais e à criança e/ou a outras figuras de referência, são também entregues questionários para preenchimento por parte da família, da escola e também da criança.

À escola é entregue um formulário, realizado pelo NDODA, onde são pedidos dados sobre a caracterização da turma, a prestação académica da criança, entre outros.

À criança são entregues formulários acerca da motivação para a leitura e para a escrita, adaptados à sua faixa etária, bem como questionários sobre métodos e hábitos de estudo, para crianças a partir do 2º Ciclo.

Conforme as preocupações e informações fornecidas pelos pais no momento da entrevista, podem ser acrescentados outro tipo de questionários, relacionados com aspetos emocionais e comportamentais.

2.1.1.1 Avaliação Cognitiva

c) Escala de Inteligência de *Wechsler* para Crianças - 3ª Edição – WISC-III (Wechsler, D., 2003)

A avaliação cognitiva é realizada por um psicólogo, que utiliza a WISC-III, composta por subtestes verbais e de realização. O desempenho das crianças e jovens, dos 06 aos 16 anos, poderá ser analisado em termos de subtestes ou através do Quociente de Inteligência (QI) Verbal, do QI de Realização, do QI da Escala Completa, do Índice de Organização Perceptiva e do Índice de Velocidade de Processamento.

Para além da avaliação cognitiva, o psicólogo realiza ainda o despiste de problemas comportamentais e/ou emocionais, quando pertinente.

2.1.1.2 Avaliação Psicopedagógica

A avaliação psicopedagógica é composta por testes formais e informais, realizados por uma TSEER ou psicomotricista. São avaliados vários domínios, como a linguagem oral, a leitura, a escrita, a caligrafia, a matemática e, também, os métodos e hábitos de estudo, conforme o motivo da avaliação e as preocupações levantadas.

Leitura e Escrita (ortografia e caligrafia)

d) *Pediatric Early Elementary Examination* – PEEEX 2 (Levine, M. D., 2000, adaptado pelo NDODA) e *Pediatric Examination of Education Readiness at Middle Childhood* – PEERAMID 2 (Levine, M. D., 2000, adaptado pelo NDODA)

O PEEEX 2 é utilizado na avaliação de competências linguísticas recetivas e expressivas, críticas para a aquisição da leitura, em crianças com idades compreendidas entre os 06 e os 08 anos. O PEERAMID 2 avalia as mesmas áreas que o PEEEX 2, no entanto, é dirigido a crianças com idades entre os 09 e os 14 anos.

As tarefas utilizadas passam por, entre outras, a nomeação e rechamada de palavras, a interpretação de frases, seguir instruções verbais, a formulação de frases, e a compreensão e resumo de um ou mais excertos.

Estes testes avaliam ainda a praxia fina, a praxia global, a memória, o processamento visual, a atenção, o comportamento e o uso de estratégias.

e) Prova de Reconhecimento de Palavras – PRP (Viana, F. L. & Ribeiro, I. S., 2010)

A PRP é uma prova de reconhecimento de palavras regulares, utilizada em crianças entre os 06 e os 09 anos (do 1º ao 4º Ano do 1º Ciclo). Para crianças entre os

1º e o 2º Ano a administração do teste dura 4 minutos, enquanto que para crianças entre o 3º e o 4º Ano dura 2 minutos. Esta prova avalia a velocidade e a precisão de leitura.

- f) Bateria da Avaliação da Leitura em Português Europeu – ALEPE (Sucena, A. & Castro, S. L., 2012)

A ALEPE avalia as competências de leitura em português europeu, através de 5 provas: 3 provas de avaliação do processamento da palavra escrita e 2 provas de avaliação do processamento fonológico. É um teste de referência à norma, dirigido para crianças do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico. A sua administração leva aproximadamente 50 minutos.

- g) Teste Informal de Avaliação da Consciência Fonológica (NDODA)

Este teste é composto por um conjunto de tarefas que avaliam a consciência fonológica, através de rimas, da segmentação silábica, da identificação silábica e da manipulação silábica, bem como a consciência fonémica, pela segmentação, síntese, identificação e manipulação fonémicas.

É ainda pedido à criança que dite e escreva o abecedário e, a partir desse, é realizado um exercício oral baseado no princípio alfabético.

- h) Teste Informal para a Avaliação da Leitura (NDODA)

Deste teste faz parte a leitura em voz alta e respetiva interpretação de um texto, por escrito. Na leitura são avaliados os seguintes parâmetros: automaticidade e exatidão no reconhecimento de palavras, e prosódia. Para além das perguntas de interpretação, a compreensão é também avaliada pelo reconto oral do texto e pelo preenchimento de um outro texto com lacunas.

- i) Teste Informal para a Avaliação da Ortografia (NDODA) e Teste Informal para a Avaliação da Expressão Escrita (NDODA)

O Teste Informal para a Avaliação da Ortografia avalia a ortografia de crianças e jovens desde o 1º Ano do 1º Ciclo ao Ensino Secundário, através do ditado de 44 palavras (40 palavras do ano de escolaridade da criança + 4 palavras do ano anterior ou posterior). No entanto, conforme a prestação da criança, o número de palavras ditadas pode variar.

Quanto à expressão escrita, é solicitada a realização de uma composição com tema à escolha por parte do avaliado. Para além da ortografia, são avaliados parâmetros como a estrutura e organização do texto, a sintaxe e a pontuação.

- j) *Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration* – Beery VMI (Beery, K. E. & Beery, N. A., 2014)

Este teste avalia a capacidade de integração visuomotora em crianças de idade pré-escolar até à idade do jovem adulto. Na prática, o Beery VMI consiste na reprodução de figuras geométricas, dispostas em ordem crescente de dificuldade, e leva cerca de 10 a 15 minutos a ser administrado. Adicionalmente, é composto por outros 2 testes suplementares, o de Perceção Visual e o de Coordenação Motora.

Matemática

- k) *KeyMath Revised – A Diagnostic Inventory of Essential Mathematics* (Connolly, A., 1998)

O *KeyMath* avalia competências matemáticas em crianças e jovens desde o 1º Ano do 1º Ciclo ao final do Ensino Secundário. Este teste é constituído por 3 áreas: conceitos básicos, operações e aplicações, compostas por vários domínios cada. É um teste de referência à norma que não está validado para a população portuguesa.

Outros

A partir das informações recolhidas durante a entrevista e durante o contacto com a criança e respetivo desempenho, poderão ser acrescentadas outras tarefas e/ou testes direcionados especificamente para as características evidenciadas na avaliação.

2.1.2 Avaliações Assistidas/Realizadas

Numa fase inicial, a estagiária teve oportunidade de observar várias avaliações, para, gradualmente, ir aplicando algumas das provas. Posteriormente, passou a preparar avaliações e a cotar e analisar resultados, para depois comparar com os da técnica. Finalmente, foi responsável pela aplicação integral de avaliações, inclusive entrevista aos pais e elaboração e entrega de relatórios, sempre sob supervisão¹.

¹ Consultar Anexo A – Exemplo de um Relatório de Avaliação Psicopedagógica.

2.2 Intervenção

No CADIn, a intervenção é, geralmente, realizada em contexto de sala, de um para um. As salas são espaços agradáveis para as crianças, pela sua luminosidade e decoração, equipadas com 2 zonas de trabalho, uma secretária para crianças mais velhas e uma mesa e cadeiras mais pequenas, para crianças mais novas e de baixa estatura. O restante espaço é ocupado por estantes e armários com diversos livros e jogos.

Há determinadas avaliações e intervenções que são realizadas na sala de psicomotricidade. Esta sala tem a particularidade de ter o chão revestido por um material almofadado e de ser mais ampla que as outras, pois está equipada apenas com uma mesa pequena e materiais de intervenção, como arcos, bastões, pinos, bolas, entre outros.

A intervenção é precedida da elaboração de objetivos e o trabalho realizado é individualizado e baseado na investigação.

As sessões de intervenção têm a duração de cerca de 50 minutos e a sua frequência varia entre 1 a 3 vezes por semana, consoante a necessidade dos casos e a disponibilidade das famílias.

2.2.1 População Apoiada

Relativamente à população apoiada, foram acompanhadas, para além dos 2 estudos de caso, 10 crianças.

Tabela 4 - População Apoiada

Identificação	Género	Idade	Quadro Clínico	Técnico Responsável
L. M.	F	11	Dislexia e Disortografia	L. R. (TSEER)
Mn. F.	M	12	Dislexia e Disortografia	
Mn. M.	M	09	Disgrafia, Discalculia e PHDA	
M. L.	F	09	Dislexia, Disortografia, Disgrafia e PHDA	
MI. F.	M	12	Disgrafia e PHDA	
T. M.	M	11	Dislexia e Disortografia	
M. M.	F	07	Dislexia, Disortografia, Discalculia e PHDA	Sl. L.. (TSEER)
F. P.	M	09	Disgrafia	C. S. (Psicomotricista)
C. R.	F	07	PHDA	J. H. (TSEER)
D. I.	M	04	PEA	S. L. (TSEER)

Na área das DAE foram acompanhadas 8 crianças, entre os 07 e os 12 anos, distribuídas por 2 TSEER e 1 psicomotricista. Conforme as suas dificuldades, as áreas trabalhadas foram, principalmente a consciência fonológica e o princípio alfabético, a leitura, a escrita, a caligrafia e os métodos e hábitos de estudo. Para alguns destes casos, a estagiária sugeriu e realizou atividades pontuais, bem como sessões completas.

A estagiária acompanhou ainda uma criança de 07 anos com PHDA e outra com PEA, de 04 anos. No primeiro caso, o trabalho realizado foi, essencialmente, de observação participada, com a realização de atividades pontuais já no final do período de estágio, enquanto que no caso com PEA, foram realizadas várias sessões

autonomamente, passado 1 a 2 meses de estágio. Os principais domínios trabalhados com a criança com PHDA foram a regulação do comportamento e a atenção, que também foi trabalhada com o caso com PEA, para além da noção do corpo, da praxia fina, da compreensão e da fala, de competências pré-académicas e de competências sociais.

A observação dos casos, na sua maioria, foi iniciada em novembro e terminou no final de maio.

2.2.2 Estudos de Caso

Neste ponto são descritos os dois estudos de caso acompanhados, nomeadamente, a sua caracterização, a avaliação inicial, o planeamento da intervenção, a organização das sessões e a análise e discussão dos resultados.

2.2.2.1 Estudo de Caso – S.

Tabela 5 - Estudo de Caso S.

Identificação	Género	Data de Nascimento	Quadro Clínico	Técnico Responsável
M. S. A.	F	05/10/2006	Dislexia, Disortografia e PHDA	L. R. (TSEER)

As informações que se seguem foram retiradas do processo clínico da S. e recolhidas junto da técnica responsável pelo caso.

A S. é uma criança do género feminino, nascida a 05 de outubro de 2006, o que corresponde à idade cronológica de cerca de 08 anos e 1 mês no início do período de observação. Durante o período de estágio, a S. frequentou o 3º Ano, de uma escola pública de 1º Ciclo, situada em Carnaxide.

Filha mais velha de uma fratria de dois, a S. vive também com os pais, ambos saudáveis. Os pais revêem-se nalgumas das características da filha, nomeadamente a mãe que refere ter tido dificuldades na leitura e na escrita, e o pai, que diz apresentar dificuldades de concentração.

A S. teve um desenvolvimento psicomotor e da linguagem harmonioso. Aos 04 anos foi-lhe detetada miopia e astigmatismo e atualmente utiliza óculos.

O percurso escolar da S. decorreu de acordo com o esperado até ao 2º Ano, onde começou a evidenciar recusa na leitura e na escrita, sendo que aproximadamente a meio desse ano letivo houve uma regressão nas aprendizagens e foi nesse momento que os pais a levaram ao CADIn, para uma consulta com um médico neuropediatra, e posterior avaliação psicopedagógica.

As preocupações levantadas pelos pais foram confirmadas pela avaliação realizada, onde os dados obtidos estão de acordo com um diagnóstico de PHDA e DAE da Leitura (Dislexia) e da Escrita (Disortografia).

Atualmente, a S. encontra-se ao abrigo do Decreto-Lei 3/2008 e beneficia de adequações no processo de avaliação.

Para além do apoio psicopedagógico que recebe no CADIn desde Maio de 2014, ocasionalmente recebe apoio psicológico num Hospital privado em Lisboa, com o objetivo de monitorizar questões emocionais e comportamentais.

Avaliação Inicial

O relatório de avaliação psicopedagógica, realizado pela técnica, entre março e abril de 2014, permitiu retirar dados relevantes para o processo de intervenção, que se encontram sintetizados abaixo.

As Escalas de *Conners* são questionários preenchidos pelos pais e pelos professores, utilizados para despiste da PHDA e de outros problemas de comportamento e/ou emocionais. A partir destes questionários, os pais da S. evidenciaram resultados clinicamente significativos nas subescalas relativas à *desatenção*, *excesso de atividade motora* e *ansiedade/timidez*. O questionário preenchido pela professora acrescentou comportamentos de *oposição*, *perfeccionismo* e *labilidade emocional* com intensidade significativa. A *Child Behavior Checklist* (CBCL) e a *Child Behavior Checklist – Teacher's Report Form* (CBCL – TRF), da mesma forma que a *Conners*, são também questionários preenchidos pelos pais e pelos professores e avaliam problemas de comportamento e/ou emocionais. Os pais destacaram, para além do que já foi referido, resultados clinicamente significativos nas subescalas da *depressão* e *queixas somáticas* e, no caso do pai, a presença de *comportamento obsessivos*. Já a professora identificou sintomas de *ansiedade*, bem como a presença de *comportamentos estranhos*, *agressividade*, *isolamento* e *problemas sociais*.

Dos vários testes e provas formais e informais aplicados no âmbito psicopedagógico, a S. revelou competências satisfatórias para a expressão e compreensão oral, concordantes com as informações dadas pelos pais e pela professora. No entanto, teve uma prestação inferior no reconto oral de um texto ouvido, bem como em algumas tarefas da Prova ALEPE, concretamente na identificação da sílaba e do fonema e na nomeação rápida de cores.

Foi ao nível da leitura e da escrita que as principais dificuldades se observaram. A S. teve uma prestação inferior nas provas que avaliam o conhecimento das letras, o princípio alfabético, a descodificação de palavras, a fluência, a caligrafia, a ortografia e a expressão escrita.

Deste modo, no sentido de avaliar os objetivos e estratégias de intervenção e para que os resultados obtidos pudessem ser analisados de forma qualitativa e quantitativa com referência a critério, foi elaborado e aplicado em janeiro de 2015, um Inventário Informal do domínio da Leitura e da Escrita², baseado nas Metas Curriculares de Português para o 2º Ano e 3º Ano do 1º Ciclo, formuladas pela DGE. Este Inventário incluiu a avaliação do conhecimento das letras, da consciência fonológica e do princípio alfabético, a avaliação do domínio e compreensão da leitura e a avaliação da escrita.

A avaliação do conhecimento das letras, da consciência fonológica e do princípio alfabético foi realizada através da observação informal de atividades feitas com a criança, onde foi possível verificar que a S. apresenta um bom domínio destas competências, quando exigidas em tarefas isoladas.

Dentro do domínio da leitura, na leitura de uma lista de pseudopalavras, a S. teve uma prestação inferior ao previsto para um aluno do seu ano de escolaridade, tendo lido, sem erros, 39 de uma lista de 60 pseudopalavras. Na leitura de palavras, a S. leu, corretamente, 65 de uma lista de 80 palavras, o que a coloca dentro do esperado para o 2º Ano de escolaridade e abaixo do que seria esperado para um aluno do 3º Ano. Os erros cometidos situaram-se, principalmente, na acentuação das palavras, omissão de letras e trocas entre letras semelhantes do ponto de vista visual e articulatório.

Na leitura de um texto, verificou-se, uma vez mais, que a S. apresenta uma velocidade de leitura abaixo do intervalo esperado para o seu ano de escolaridade, de 56 palavras por minuto. Os erros cometidos relacionaram-se especialmente com a acentuação das palavras, substituição de palavra por outra palavra similar e trocas entre

² Consultar Anexo B – Inventário Informal do domínio da Leitura e da Escrita.

letras semelhantes do ponto de vista visual e articulatório. Relativamente à prosódia, leu frases de três ou quatro palavras e, esporadicamente, realizou a leitura palavra a palavra. Agrupou as palavras de forma pouco coerente e sem relação com o parágrafo ou contexto global.

Na avaliação da compreensão de textos lidos, a S. antecipou com coerência os conteúdos do texto e soube recontar as ideias-chave. Teve dificuldades em procurar a informação no texto e em responder a determinadas perguntas de interpretação (e.g., sentimentos da personagem principal, inferência/significado de palavras).

Relativamente à escrita, na situação de ditado, escreveu, sem erros, 24 de uma lista de 60 palavras. Os erros apresentados foram, principalmente, trocas entre letras semelhantes do ponto de vista visual e articulatório e dificuldade nas regras ortográficas.

A composição apresentada pela criança evidenciou o uso de um vocabulário pobre, não respeitou a pontuação e apresentou fraca conexão e organização de ideias. Também a elaboração do texto contribuiu para a avaliação da ortografia, onde realizou 13 erros em 40 palavras. Adicionalmente, teve dificuldades acentuadas em corrigir os erros produzidos na composição, apesar de os ter praticado num exercício anterior.

Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção reflete não só as observações e os resultados obtidos entre outubro e janeiro de 2015, do qual faz parte a avaliação informal realizada, mas também a continuidade do trabalho desenvolvido pela técnica. Foi também tida em conta a duração do período de estágio.

O plano de intervenção, aplicado a partir de janeiro de 2015, centrou-se nos domínios da consciência fonológica e princípio alfabético, da leitura e da escrita.

Tabela 6 - Intervenção S.

Tipo de Intervenção	Frequência	Período de Observação/ Observação Participada	Período de Intervenção
Apoio Psicopedagógico	Bissemanal, num período de 50 min.	10/11 – 16/01 (≈09 sessões)	19/01 – 01/06 (≈30 sessões)

Tabela 7 - Objetivos de Intervenção

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Consciência Fonológica e Princípio Alfabético	Desenvolver a consciência fonémica.	Promover a identificação dos fonemas iniciais, intermédios ou finais das palavras.
		Melhorar a segmentação fonémica.
		Melhorar a síntese fonémica.
	Melhorar o conhecimento do princípio alfabético.	Promover a diferenciação de fonemas próximos.
Leitura	Melhorar a fluência de leitura.	Promover o reconhecimento das letras como representações gráficas dos fonemas e vice-versa.
		Promover a automatização do processo de decodificação de palavras.
	Promover a capacidade de interpretação e resumo de textos.	Aumentar a velocidade de leitura.
		Saber procurar a informação relevante num texto.
		Saber identificar os sentimentos das personagens.

Escrita	Melhorar o conhecimento das regras ortográficas.	Saber responder a perguntas inferenciais sobre um texto.
		Saber organizar os momentos de um texto.
		Conhecer e utilizar os valores fonológicos das letras.
		Conhecer algumas regras ortográficas e utilizá-las.
		Promover a cópia de frases sem trocas, adições ou omissões de letras.
	Promover a capacidade de expressão escrita.	Melhorar a escrita de frases sem realizar trocas, adições ou omissões de letras.
		Melhorar a deteção e correção de erros produzidos nos próprios textos.
		Promover a escrita organizada de ideias sobre temas requeridos.
		Promover a escrita de vários tipos de texto (e.g., narrativa, texto descritivo, carta).
		Melhorar a pontuação.
		Melhorar a combinação correta de frases (utilizar conectores).
		Saber planear e rever textos.

Organização das Sessões

Tabela 8 - Estrutura de Sessão

Estrutura de Sessão
Diálogo Inicial
Atividade Lúdica Planeada ou Jogo Livre
Realização das Atividades
Ritual de Saída

A sessão estava, geralmente, estruturada em 4 momentos. No início da sessão era estabelecido um diálogo com a criança, sobre como correu a semana, a escola, etc.. Depois, com o objetivo de motivar a S., era realizada uma atividade lúdica, geralmente planeada pela estagiária. Esta atividade centrava-se, habitualmente, no domínio da consciência fonológica e princípio alfabético. Posteriormente, eram trabalhadas a leitura e a escrita, preferencialmente dando o mesmo destaque a ambas. Assim, com base nesta organização, pretendia-se partir de processos mais simples para outros mais complexos³. No final, a criança era entregue à mãe e/ou ao pai ou a outra figura de referência, a quem era dado o feedback sobre a sessão.

As estratégias utilizadas, sustentadas na revisão de literatura realizada foram, principalmente, as estratégias de autorregulação, o ensino de estratégias de aprendizagem e a instrução direta (Hallahan et al., 1999).

³ Consultar Anexo C – Exemplo de Planeamento e Registo de Sessão da S..

Análise e Discussão dos Resultados

A avaliação realizada no início do período de intervenção foi repetida no final, em maio de 2015.

Os resultados de ambas as avaliações encontram-se sistematizados na tabela abaixo e serão descritos posteriormente. Adicionalmente, foram também tidos em conta os registos de cada sessão.

Tabela 9 - Apresentação de Resultados

Domínio	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Evolução
	Resultado	Resultado	
Consciência Fonológica e Princípio Alfabético	Foi observada de forma informal ao longo das sessões. De um modo geral, a S. tem mais dificuldades em tarefas de produção de escrita do que em atividades isoladas.		↑
Conhecimento das Letras	-	Quando apresentadas isoladamente, teve dificuldades em nomear letras de traçados equivalentes ou de orientações inversas.	↔
Leitura de Pseudopalavras	39 pseudopalavras (esperado ≥ 50)	45 pseudopalavras	↔
Leitura de Palavras	65 palavras (esperado ≥ 80)	70 palavras	↔
Leitura	Automaticidade - 56 palavras por minuto (esperado ≥ 110) Exatidão - Cometeu erros na acentuação das palavras, erros de substituição de palavra por outra palavra similar e trocas entre letras semelhantes do ponto de vista visual e articatório Prosódia - Agrupou as palavras de forma pouco coerente e sem relação com o parágrafo ou contexto global; Não respeitou a pontuação.	Automaticidade - 61 palavras por minuto Exatidão - Cometeu erros na acentuação das palavras e omitiu 1 linha inteira; Prosódia - Agrupou as palavras de forma pouco coerente e sem relação com o parágrafo ou contexto global; Não respeitou a pontuação.	↑
	Compreensão (reconto e interpretação)	Identificou os acontecimentos principais do texto; Identificou e organizou os acontecimentos	↑

		Demonstrou dificuldades na identificação do tema do texto e nas perguntas inferenciais.	principais do texto, com pormenor; Demonstrou dificuldades na identificação do tema do texto e nas perguntas inferenciais.	
	Prova de Reconhecimento de Palavras (PRP)	-	Percentil 10 (esperado > Percentil 25)	↓
	Ditado	24 palavras corretas (esperado ≥ 55)	31 palavras corretas	↔
Escrita	Expressão Escrita	Não planeou nem realizou a revisão do texto; Frac a elaboração e organização de ideias, bem como de vocabulário; Não respeitou a pontuação e a sintaxe das frases nem sempre foi adequada; Cometeu 13 erros ortográficos (num total de 40 palavras).	Planeou e realizou a revisão do texto; Frac a elaboração de ideias, bem como de vocabulário; De uma forma geral, respeitou a pontuação; A sintaxe estava adequada; Cometeu 25 erros ortográficos (num total de 87 palavras).	↑
Legenda: ↑ - Progrediu ↔ - Sem alterações significativas ↓ - Regrediu				

Apesar de não ter sido trabalhado diretamente o conhecimento de letras isoladas, de forma a recolher mais informação sobre a S., no final do processo de intervenção foi aplicada uma prova neste sentido. A S. demonstrou hesitação no reconhecimento de letras semelhantes do ponto de vista visual (e.g., d/b, i/l, b/p), dificuldade esta que influencia, consequentemente, os domínios da leitura e da escrita. Não soube nomear o “q”.

Ao nível da Consciência Fonológica e Princípio Alfabético, de uma forma geral, a S. demonstrou mais dificuldades na utilização de estratégias para diferenciação de fonemas semelhantes (e.g., f/v, b/p, g/q) em tarefas de produção de texto. Em atividades isoladas ou na correção de palavras assinaladas, a S. apresenta uma automaticidade crescente.

Tal como já foi referido, este domínio foi principalmente trabalhado através de jogos e atividades lúdicas, que motivavam a S. não só para a realização da tarefa específica, mas também para o restante tempo de sessão. Quando pertinente, ao longo das sessões, era utilizado um “caderno de onomatopeias” que tinha sido elaborado pela técnica e que facilitava a rechamada do fonema através de uma pista visual.

O domínio da Consciência Fonológica e do Princípio Alfabético são fundamentais para o desenvolvimento da leitura e da escrita, sendo, por isso, particularmente importante trabalhá-los nos estádios iniciais de aprendizagem. No entanto, por si só, este domínio é insuficiente, sendo igualmente importante desenvolver

o léxico da criança, onde estão armazenadas as representações das palavras utilizadas anteriormente. A via fonológica permite a leitura e a escrita de palavras desconhecidas ou de pseudopalavras, desde que sejam regulares, enquanto que a via lexical permite interpretar as palavras familiares ou conhecidas e com ortografia arbitrária (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2009).

Neste sentido, foram também avaliadas a precisão na leitura de pseudopalavras e na leitura de palavras, que não apresentaram alterações significativas e mantêm-se abaixo do esperado para o seu ano de escolaridade. Os erros cometidos situaram-se, principalmente, na acentuação das palavras, omissão de letras e trocas de letras semelhantes do ponto de vista visual e articulatório.

Este tipo de tarefa foi também trabalhado durante a intervenção, pela leitura de palavras isoladas durante, geralmente, 1 minuto, e com posterior verificação dos erros cometidos. Para além da dificuldade inerente a este tipo de tarefa para uma criança com DAE, no caso da S., a impulsividade típica do seu quadro de PHDA poderá ter levado a uma maior frequência de erros.

Assim, é necessário que o processo de reconhecimento de palavras se vá automatizando, para que deixe de exigir uma atenção excessiva, permitindo, desta forma, que menos recursos sejam dirigidos para operações de nível inferior e possam ser utilizados na realização de processos de nível superior (Citoler & Sanz, 1997a; Cruz, 2007).

Na leitura de um texto, a S. aumentou ligeiramente a velocidade de leitura. Os principais erros cometidos situaram-se ao nível da acentuação das palavras. De uma forma geral, a S. agrupa as palavras de forma pouco coerente e sem relação com o contexto. Na primeira leitura de qualquer texto, tende a não respeitar a pontuação, no entanto, quando lê uma segunda vez, é observável um esforço neste sentido, principalmente nos diálogos, onde coloca entoação e modulação de voz nas falas de cada personagem.

O domínio da leitura foi também trabalhado através da apresentação à criança de vários tipos de texto e pela determinação da sua velocidade de leitura (palavras/minuto) e construção do respetivo gráfico. O uso correto da pontuação era incentivado pela prática na modulação e entoação na voz, visto ser uma componente motivadora para a S.

No reconto e interpretação, quando questionados oralmente, a criança apresenta um discurso fluente e organizado, mas quando é necessário sublinhar as ideias principais ou responder às questões por escrito, há um menor investimento da sua parte, visto exigir um maior número de competências para as quais apresenta dificuldades. Quando incentivada, completa estas tarefas de forma correta. Apresenta mais dificuldades na identificação do tema do texto e na interpretação de perguntas inferenciais.

A compreensão foi trabalhada pela introdução de vários tipos de texto e respetivas perguntas de interpretação e, por vezes, com recurso ao livro *Aprender a Compreender Torna Mais Fácil o Saber – Um Programa de Intervenção para o 3º e 4º Anos E.B.*⁴, que utiliza diferentes personagens (“família compreensão”) para explicar cada tipo de questão.

Na PRP, que apenas foi avaliada no final da intervenção, a S. obteve um percentil menor àquele que já tinha sido avaliado anteriormente pela técnica (em março/abril de 2014). Este retrocesso poderá dever-se à cotação atribuída à prova, onde o grau de exigência evolui de um ano de escolaridade para o outro, mas também à falta de atenção e impulsividade da S. durante o decorrer da prova.

No ditado, as alterações não foram significativas e o desempenho da criança mantém-se abaixo do esperado para o seu ano de escolaridade. Os principais erros

⁴ Viana, F. L., Ribeiro, I. S., Fernandes, I., Pereira, L., Leitão, C., Gomes, S. ... Ferreira, A. (2011). *Aprender a Compreender Torna Mais Fácil o Saber – Um Programa de Intervenção para o 3º e 4º Anos E.B.* Coimbra: Edições Almedina

cometidos foram as omissões de acentos, trocas de letras semelhantes do ponto de vista articulatorio, inversões de sílabas, e adições de letras e de sílabas.

A ortografia foi especialmente trabalhada através de estratégias de monitorização e verificação, com recurso ao “caderno de onomatopeias”, no caso de trocas de letras semelhantes do ponto de vista articulatorio, também pela introdução de regras ortográficas, que primeiro eram pensadas pela criança, e, ainda, por comparação entre a produção escrita e a correção.

Finalmente, na expressão escrita, na primeira avaliação a S. não planeou nem realizou a revisão do texto, enquanto que na avaliação final já o fez. De uma forma geral, ambas as composições elaboradas apresentam um fraco desenvolvimento de ideias, bem como de vocabulário. A utilização da pontuação foi respeitada ao longo do texto, o que não aconteceu na avaliação inicial, e a sintaxe das frases melhorou. Em proporção, a quantidade de erros não variou significativamente.

A expressão escrita foi praticada através da exposição a vários tipos de textos, por vezes, também com recurso ao lúdico, acompanhadas de uma descrição sobre a construção e organização de cada texto. O planeamento e a revisão do texto eram, geralmente, exigidos. O planeamento poderia ser feito de forma oral, por escrito ou por desenhos, e a revisão compreendia a correção de erros ortográficos e a organização geral do texto, que, por vezes, era feita através de grelhas comparativas. No caso da pontuação, foi adaptada a ideia do programa utilizado na leitura e foi criada a “família pontuação”.

De uma forma geral, a S. é uma criança que adere com facilidade e entusiasmo às atividades propostas. Mantém-se mais motivada e focada nas tarefas quando lhe são apresentadas de uma forma lúdica, sendo que, nos exercícios que exigem maior número de competências tende a acelerar o ritmo e/ou a distrair-se com mais facilidade. A S. evoluiu especialmente na utilização de estratégias ao nível da consciência fonológica, na interpretação de textos e na expressão escrita. Deverá manter o apoio psicopedagógico e continuar a beneficiar de adequações no processo de avaliação.

2.2.2.2 Estudo de Caso – J.

Tabela 10 - Estudo de Caso J.

Identificação	Gênero	Data de Nascimento	Quadro Clínico	Técnico Responsável
J. M. B.	M	18/09/2008	Dificuldades na praxia global e na praxia fina.	L. R. (TSEER)

O J. é uma criança do gênero masculino, que nasceu a 18 de setembro de 2008, o que corresponde à idade cronológica de cerca de 06 anos e 2 meses no início do período de observação. Durante o período de estágio, o J. encontrava-se a frequentar o 1º Ano, de um colégio privado, situado na Rinchoa.

Filho mais novo de uma fratria de dois, o J. vive também com os pais. No seio familiar, os pais observam muitas das características do J., especialmente no irmão de 14 anos e no primo (do lado materno), também mais velho.

Apesar de ter sido uma gravidez de risco, o J. nasceu de parto normal e saudável. Fora as alergias, para as quais toma medicação 3 vezes/dia, nunca teve problemas de saúde mais graves.

O desenvolvimento da linguagem e psicomotor ocorreu dentro do esperado, embora tenha adquirido a marcha tardiamente, por volta dos 18 meses. Os pais consideram-no “desajeitado” desde tenra idade. Dentro do domínio da linguagem, o J. tem dificuldades em articular determinados fonemas e, neste sentido, iniciou a intervenção em terapia da fala em fevereiro de 2015.

Atualmente, utiliza óculos pois tem astigmatismo e hipermetropia.

O sono e a alimentação nunca foram uma preocupação, já o controlo dos esfíncteres foi realizado tardiamente, especialmente durante a noite.

O motivo da intervenção no CADIn deveu-se, principalmente, às dificuldades na praxia fina e, consequentemente, no grafismo, apontadas pela educadora. Neste sentido, a criança recebe apoio psicopedagógico semanal, desde fevereiro de 2014. Para além destas dificuldades, o J. apresenta como áreas fracas a praxia global e a atenção.

Atualmente, no 1º Ano, a professora e os colegas queixam-se da sua falta de atenção e irrequietude durante as aulas. O J. recusa-se, frequentemente, a fazer os trabalhos ou a ficar sentado. Este comportamento deve-se não só à sua falta de atenção e agitação motora, mas também à dificuldade que o J. tem no grafismo.

Avaliação Inicial

O J. iniciou diretamente o apoio psicopedagógico, não havendo, desta forma, um relatório de avaliação formal antes do início da intervenção. Entre outubro e novembro do mesmo ano, foram aplicadas, pela técnica responsável, algumas provas ao J., no sentido de redefinir os objetivos e estratégias a aplicar.

A partir dos questionários da *Conners*, foi possível verificar queixas comportamentais clinicamente significativas, nomeadamente no que respeita ao *défice de atenção* e *excesso de atividade motora*. A professora assinalou ainda *comportamentos de oposição* e de *ansiedade/timidez*.

De uma forma geral, o J. colaborou em todas as provas, mas revelando curtos períodos de atenção, bem como alguma agitação motora. Através da realização de tarefas informais, as maiores dificuldades foram ao nível dos grafismos e do desenho de figuras geométricas, bem como do desenho das letras e dos números, que se apresentaram irregulares na forma, no tamanho e na qualidade do traço.

Deste modo, no sentido de avaliar os objetivos e estratégias de intervenção e para que os resultados obtidos pudessem ser analisados de forma qualitativa e

quantitativa com referência a critério, foi elaborada e aplicada em janeiro de 2015, uma avaliação informal, composta por tarefas concebidas pela estagiária, que incluíram a avaliação do grafismo de linhas, do grafismo das letras e a avaliação do recorte e colagem de figuras simples.

O grafismo de linhas retas e curvilíneas, em várias posições, foi realizado de forma impulsiva, sem respeitar o tracejado das figuras. No entanto, quando incentivado a realizar devagar e com foco na tarefa, o J. desenhou as linhas respeitando o tracejado.

O grafismo das letras foi avaliado pela observação da escrita de letras isoladas, já conhecidas, e pela cópia de frases. Em ambas as tarefas, as letras foram desenhadas com irregularidades na forma, no tamanho e no alinhamento. Foi também pedido à criança que autoavaliasse a sua escrita, que a considerou, de uma forma geral, executada corretamente.

Durante a avaliação, o J. apresentou um alinhamento postural curvilíneo, com a inclinação do tronco e da cabeça sobre a página, sem os pés apoiados. A criança é dextra e realiza uma preensão correta mas pouco precisa do instrumento de escrita, segurando-o entre o polegar e o indicador e repousando-o sobre o dedo médio, utilizando a outra mão para estabilizar a folha. A pressão exercida sobre o lápis e o respetivo traço apresentaram-se irregulares. O ritmo da escrita é lento.

O recorte de formas retangulares foi realizado impulsivamente e sem controlo sobre as linhas. A criança teve dificuldades em coordenar as mãos e manusear a tesoura e a folha simultaneamente. A colagem das figuras não respeitou os limites indicados.

Tal como na avaliação anterior, realizada pela técnica, o J. colaborou nas tarefas mas com um tempo de atenção e de permanência curtos. Demonstrou alguma agitação motora na realização das tarefas e pouco controlo inibitório sobre os movimentos.

Adicionalmente, pela observação das sessões anteriores à avaliação, realizadas pela técnica, e pela observação da atividade lúdica realizada no início da avaliação, salientam-se as dificuldades do J. na praxia fina, nomeadamente no manuseamento de objetos de pequenas dimensões e no movimento de pinça.

Planeamento da Intervenção

Tal como no estudo de caso anterior, o planeamento da intervenção teve em conta as observações e os resultados obtidos na avaliação inicial, a continuidade do trabalho desenvolvido pela técnica e a duração do período de estágio.

O plano de intervenção, aplicado a partir de janeiro de 2015, centrou-se nos domínios da praxia global, da praxia fina e da regulação do comportamento.

Tabela 11 - Intervenção J.

Tipo de Intervenção	Frequência	Período de Observação/ Observação Participada	Período de Intervenção
Apoio Psicopedagógico	Semanal, num período de 50 min.	07/11 – 16/01 (≈08 sessões)	30/01 – 01/06 (≈16 sessões)

Tabela 12 - Objetivos de Intervenção J.

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Praxia Global	Desenvolver a coordenação.	Promover a coordenação óculo-pedal.
		Promover a coordenação óculo-manual.
	Aumentar a dissociação.	Promover a dissociação de membros superiores e inferiores.
Praxia Fina		Melhorar o movimento em pinça.

	Desenvolver a destreza manual.	Promover a precisão e eficácia na pega do instrumento de escrita.
		Promover o manuseamento de diversos objetos (e.g., tesoura, cola, abotoar botões, atar atacadores, etc.).
	Desenvolver o grafismo.	Melhorar o traço de diferentes tipos de linha (retas e curvilíneas), em diferentes posições (vertical, horizontal, com inclinação).
		Promover o desenho de figuras simples.
		Promover a pintura correta de figuras, respeitando os contornos.
	Melhorar a caligrafia.	Melhorar a grafia de números e de letras maiúsculas e minúsculas, respeitando a forma, o tamanho e o alinhamento.
		Promover a cópia de frases curtas.
		Saber autoavaliar o desempenho.
	Regulação do Comportamento	Melhorar a atenção.
		Aumentar o tempo de foco e permanência nas tarefas.
		Integrar e seguir instruções.
	Diminuir os níveis de impulsividade.	Saber esperar pela sua vez.

Organização das Sessões

Tabela 13 - Estrutura de Sessão

Estrutura de Sessão
Diálogo Inicial
Regras da Sessão
Realização das Atividades
Autoavaliação do Comportamento
Ritual de Saída

A sessão estava, geralmente, estruturada em 4/5 momentos. No início da sessão era estabelecido um diálogo com a criança, sobre como correu a semana, a escola, etc.. Depois, numa fase inicial, as regras de sessão eram lidas pela estagiária, para, com o avançar do processo de intervenção, passar a ser a criança a lembrá-las. Neste momento, era também apresentado o plano de sessão, que era assinalado pela criança, à medida que as atividades eram cumpridas. Posteriormente, eram realizadas as atividades propriamente ditas, com predominância do lúdico e com prioridade sobre a praxia fina. No final da sessão, a criança refletia e autoavaliava o seu comportamento⁵. Por fim, a criança era entregue à mãe e/ou ao pai, a quem era dado feedback sobre a sessão.

Pelas características de irrequietude do J. e dificuldade em permanecer nas tarefas, foi estabelecido um acordo terapêutico com a criança. Se o J. respeitasse as regras de sessão, acordadas por ele e pela estagiária nas primeiras sessões, e cumprisse os planos de sessão apresentados, no final de cada mês teria direito à “sessão da brincadeira”. Esta sessão consistia na realização de jogos e atividades, centrados no domínio da praxia global, e era realizada na sala de psicomotricidade.

⁵ Consultar Anexo D - Exemplo de Planeamento e Registo de Sessão do J..

Análise e Discussão dos Resultados

A avaliação realizada no início do período de intervenção foi repetida no final, em maio de 2015.

Os resultados de ambas as avaliações encontram-se sistematizados na tabela abaixo e serão descritos posteriormente. Adicionalmente, foram também tidos em conta os registos de cada sessão.

Tabela 14 - Apresentação de Resultados J.

		Avaliação Inicial	Avaliação Final	
Domínio		Resultado	Resultado	Evolução
Praxia Global	Coordenação	Observado na consulta médica. O J. demonstrou dificuldades na coordenação dos membros superiores e inferiores e na dissociação entre membros.	Aplicação da MABC-2. O J. apresentou um desempenho inferior nas tarefas de agarrar e de lançar, bem como nas tarefas de equilíbrio.	↔
	Dissociação			↔
Praxia Fina	Destreza Manual	Registadas observações durante o período de observação + Aplicação de tarefas informais. O J. demonstrou dificuldades na coordenação das mãos, na precisão e na velocidade dos movimentos.	Aplicação da MABC-2. O J. apresentou um desempenho inferior ao esperado para a sua idade nas tarefas de destreza manual.	↑
	Grafismo	Registadas observações durante o período de observação + Aplicação de tarefas informais. O traço de linhas retas e curvilíneas foi realizado de forma impulsiva, sem respeitar o limite das figuras. A pintura de figuras não foi feita de forma sequencial e completa.	Aplicação de tarefas informais. O traço de linhas foi preciso, quando em controlo. O preenchimento de figuras e o respeito pelos limites foi realizado de forma regular.	↑
	Caligrafia	Registadas observações durante o período de observação +	Aplicação de tarefas informais. Forma, tamanho e alinhamento das	↑

		Aplicação de letras irregulares. tarefas informais. Apresentação pobre. Forma, tamanho e alinhamento das letras irregulares. Apresentação pobre.	
Regulação do Comportamento	Atenção	Observado de forma informal ao longo das sessões. Foram observadas alterações significativas no comportamento do J., nomeadamente no aumento do tempo de permanência e de atenção na realização das tarefas, os níveis de impulsividade parecem ter diminuído, assim como a irrequietude.	↑
	Impulsividade		↑

Legenda: ↑ - Progrediu
↔ - Sem alterações significativas
↓ - Regrediu

A avaliação inicial da praxia global foi realizada pela observação de uma avaliação informal feita numa consulta de neuropediatria a que o J. atendeu. O médico responsável aplicou-lhe alguns exercícios que avaliavam a tonicidade, o equilíbrio e a praxia global, como a mobilização de membros, a observação da criança em movimentos estáticos e dinâmicos, entre outros, onde foram visíveis dificuldades no controlo inibitório do comportamento e, principalmente, na coordenação e dissociação dos membros.

No final do processo de intervenção, foi aplicada a *Movement Assessment Battery for Children - 2* (MABC-2), que se destina à avaliação do desempenho motor de crianças e adolescentes dos 03 aos 16 anos (divididas por bandas de idade). É uma bateria composta por 8 tarefas, próprias para cada banda de idade, e por 1 *checklist*, apenas utilizada até aos 12 anos. No caso do J., foram apenas aplicadas as tarefas, em formato de jogo, numa “sessão da brincadeira”, pelo que os resultados foram tidos em conta de forma qualitativa. A criança apresentou um fraco desempenho nas tarefas de agarrar e de lançar, bem como nas tarefas de equilíbrio.

O domínio da praxia global foi trabalhado apenas 1 vez por mês, nas “sessões da brincadeira”, servindo, sobretudo, como estratégia de autorregulação do comportamento ao longo do processo de intervenção. Assim, seria necessário prolongar o período de intervenção, para que fossem observadas evoluções significativas a este nível. Adicionalmente, e como o domínio da praxia global é influenciado pelo nível de atenção voluntária da criança e pela sua capacidade de planificar e sequencializar ações perante novas situações (Fonseca, 2010), é possível que outras das características do J., nomeadamente as dificuldades na atenção, a impulsividade e a agitação motora, tenham influenciado o processo e os resultados.

A praxia fina, principal foco da intervenção, foi avaliada através das observações ao longo das sessões realizadas pela técnica e pela aplicação de tarefas informais numa avaliação inicial. Na avaliação final foram acrescentados os dados retirados a partir da realização da MABC-2. De uma forma geral, ao nível da destreza manual, o J. evoluiu, principalmente, em termos de precisão e de velocidade dos movimentos.

O domínio da destreza manual foi trabalhado, principalmente, em atividades lúdicas e/ou pela exploração de diversos materiais e objetos, com formas, tamanhos e pesos diferentes.

O investimento da criança ao nível do grafismo também aumentou. A precisão no traço melhorou, assim como a pintura de figuras, onde se nota maior regularidade. No entanto, e apesar de ter progredido, o J. ainda apresenta dificuldades no planeamento e organização destas tarefas.

Quanto à caligrafia, de uma forma geral, o J. aumentou a velocidade e automaticidade na escrita de letras e cópia de frases, a forma das letras tornou-se mais regular, embora ainda necessite de reforço neste sentido, o tamanho mantém-se exageradamente grande e tem dificuldades em respeitar o alinhamento. A automonitorização da criança relativamente à sua escrita tornou-se um processo cada vez mais autónomo e consciente.

Tanto o grafismo como a caligrafia foram praticados com recurso a atividades variadas, sempre que possível, com recurso ao lúdico, e com a introdução de estratégias de planificação e de verificação. Foi elaborado um documento, com recurso a pistas visuais, que continha os parâmetros fundamentais para a avaliação da caligrafia (forma, tamanho, alinhamento, espaços, apresentação), que o J. usava de forma progressivamente autónoma para monitorização do seu trabalho.

Adicionalmente, o facto do J. estar no 1º Ano e ter iniciado algumas destas aprendizagens recentemente, poderá ter influenciado este processo.

No entanto, tal como a praxia global, também a praxia fina requer uma função programadora, reguladora e verificadora (Fonseca, 2010), sendo ambas influenciadas pelas características de regulação comportamental do J. Neste domínio, ocorreram alterações significativas, que influenciaram, potencialmente, o processo de intervenção. O J. já realiza as tarefas até ao fim, com um tempo de permanência e de atenção nas tarefas muito mais prolongado, os níveis de impulsividade parecem ter diminuído, pois já é capaz de ouvir a instrução e cumpri-la, de forma controlada, bem como a inquietude e a agitação motora.

Tal como já foi referido, a regulação do comportamento foi, principalmente, trabalhado através da organização das sessões, mas também em articulação com as outras áreas.

Assim, de um modo geral, o J. progrediu nas áreas da praxia fina e da regulação do comportamento. Deverá manter o apoio psicopedagógico e investir no domínio da praxia global. Seria ainda pertinente realizar uma avaliação psicopedagógica no início do 2º Ano, que tivesse em conta as características comportamentais e motoras do J.

3. Relação com Outros Profissionais

Como já foi referido, pretende-se que o mestrando, para além de adquirir competências ao nível da intervenção pedagógico-terapêutica, seja capaz de compreender e adquirir competências ao nível do processo de comunicação e partilha de saberes no seio de equipas multidisciplinares. Este processo desenvolveu-se ao longo do ano letivo, através de encontros formais e informais entre profissionais do CADIn e que a estagiária teve a oportunidade de presenciar e participar. Neste sentido, foram as várias reuniões em que esteve presente, que contribuíram de forma mais significativa para a aquisição destas competências.

As reuniões de equipa, realizadas semanalmente, contribuíram para a aquisição de conhecimentos, experiências e contactos, pela variedade de temas e de oradores presentes. Estes temas poderiam ser de carácter científico e/ou informativo e eram dinamizados por profissionais do CADIn ou por elementos externos, convidados pela instituição.

A tabela que se segue apresenta os temas, respetivos oradores e datas de apresentação das reuniões de equipa em que a estagiária participou.

Tabela 15 - Reuniões de Equipa

Tema	Orador	Data
Ética e Deontologia no Exercício da Psicologia	Psicóloga Clínica	20/10/2014
Apresentação de um Caso Clínico	TF	27/10/2014
Apresentação de Casos Clínicos	Diretor Clínico	17/11/2014
A Epilepsia para além das crises	Neuropsicólogos	24/11/2014
Distúrbios Alimentares	Psicóloga Clínica convidada	01/12/2014
Apadrinhamento Civil e Acolhimento Familiar	Equipa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)	15/12/2014
Do Olhar ao Cérebro: marcadores precoces no desenvolvimento da linguagem	Professora da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa (UL)	12/01/2015
Esclarecimento de Questões Legais	Advogada convidada	19/01/2015
Terapia da Fala e Literacia	TSEER/TF	02/02/2015
Sessões por Realidade Virtual	Professor de Reabilitação da Universidade Lusófona	23/02/2015
Intervir para a Inclusão: o papel das comunicações e tecnologias digitais	Membro da Fundação PT	02/03/2015
Eletrocardiograma e PHDA	Neuropsicólogos	30/03/2015
Perturbação do Processamento Auditivo	TF	20/04/2015
MABC-2	Psicomotricista	04/05/2015
Oficinas de Pais	Psicóloga Educacional convidada	11/05/2015
Potenciais Evocados no Estudo do Processamento Auditivo Central	Neuropsicólogo	18/05/2015
Reflexão Final sobre o Estágio	Estagiários	01/06/2015

Também a participação nas reuniões de núcleo contribuiu para o crescimento profissional da estagiária. Para além da discussão de casos clínicos, eram planeadas formações, conferências e projetos de investigação. Mensalmente, estas reuniões contavam com a participação de um médico da equipa.

A estagiária participou ainda em reuniões com as responsáveis pelo estágio (i.e., com a coordenadora de estágios, a orientadora local e a orientadora académica). As

reuniões com a coordenadora de estágios eram realizadas quinzenalmente, em conjunto com os restantes estagiários e tinham como objetivo principal a partilha de experiências e de conhecimento. Com a orientadora local, as reuniões eram semanais e serviam, principalmente, para o esclarecimento de dúvidas, discussão de casos, troca de informações e partilha de feedback. Finalmente, com a orientadora académica foram realizadas reuniões pontuais, no sentido de esclarecer dúvidas acerca da elaboração do relatório de estágio.

4. Relação com a Família, a Escola e a Comunidade

Da mesma forma que o CADIn, que para além do apoio dado às crianças, jovens e adultos com alterações no desenvolvimento, acompanha ainda as suas famílias, escolas e comunidade em geral (CADIn, 2014b), o papel da estagiária passou também pela relação e articulação com estes contextos.

A estagiária teve a oportunidade de contactar com várias famílias, principalmente, nos processos de avaliação e de intervenção. Durante as avaliações, para além das observações realizadas, foi dada liberdade para intervir na fase de entrevista às famílias e na entrega de relatórios. Nos estudos de caso, a estagiária transmitia o feedback da sessão e, no final do processo de estágio, foi elaborado e apresentado um relatório aos pais, que descrevia as evoluções da criança durante aquele período. Este contacto preparou a estagiária, sobretudo, para ouvir, informar e aconselhar as famílias em situações difíceis.

Também a escola é envolvida nos processos referidos anteriormente, onde existe uma articulação de informação, seja por telefone, e-mail ou em reuniões, que permite responder o melhor possível ao pedido de ajuda e potenciar o desenvolvimento do indivíduo. A estagiária pôde assistir a algumas reuniões realizadas nas escolas, para discussão dos casos, onde, inclusive, sugeriu estratégias para implementar na sala de aula.

As formações e ações de sensibilização são também uma forma de integrar as famílias, as escolas e a comunidade em geral na instituição, procurando contribuir para o avanço do conhecimento sobre as perturbações do desenvolvimento e sobre as respostas mais eficazes a desenvolver (CADIn, 2014b).

A tabela que se segue apresenta as atividades formativas que a estagiária teve oportunidade de assistir/participar.

Tabela 16 - Atividades Formativas

Tema	Data
Encontro “Viver com PHDA”	23/10/2014
Workshop “Transição para a vida pós-escolar nas Perturbações do Espectro do Autismo”	22/11/2014
Encontro “Vamos falar de...Apadrinhamento Civil Acolhimento Familiar”	15/12/2014
Conferência “Crescer na Família”	07/02/2014
Curso “Dislexia: da identificação à intervenção em contexto de sala de aula”, promovido pelo Centro Educatis e em parceria com o CADIn	18/04/2015
Encontro “Diagnóstico ou Indivíduo?”, promovido pela Comissão Social da Freguesia de Belém – Subgrupo de Educação Inclusiva e em parceria com o CADIn	27/04/2015

As primeiras 4 formações foram organizadas pela instituição, sendo que 2 delas foram gratuitas para a comunidade, enquanto que as 2 últimas constituíram colaborações entre o CADIn e outras entidades. No curso “Dislexia: da identificação à intervenção em contexto de sala de aula”, dirigido a professores do Agrupamento de

Escolas de Samora Correia, a estagiária apresentou um dos módulos do programa, “O papel dos pais no processo de integração na escola”. Para além desta participação, a estagiária apoiou a organização destes eventos, sempre que necessário.

5. Atividades Complementares

Adicionalmente, com o objetivo de preparar a estagiária para a prática profissional e de forma a retribuir a oportunidade dada pela instituição, foram propostos vários trabalhos e documentos escritos⁶, que se encontram resumidos na tabela seguinte.

Tabela 17 - Atividades Complementares

Trabalhos Realizados	Tema	Objetivos
Revisões Bibliográficas	DAE	Elaboração de um documento escrito sobre a definição, características, critérios de diagnóstico, metodologias de intervenção e comorbilidades nas DAE.
	<i>Peer Assisted Learning Strategies (PALS)</i>	Elaboração de um documento escrito sobre o programa PALS.
	Consciência Fonológica	Elaboração de um documento escrito sobre programas de intervenção na consciência fonológica validados.
Traduções e Adaptações	<i>The Developmental Coordination Disorder Questionnaire</i>	
	<i>Analyzing Words Strategy</i>	
	<i>The School Supports Checklist</i>	
	<i>The Bender Classroom Structure Questionnaire</i>	
	<i>Leiter-R</i>	
	<i>MABC – 2 Checklist</i>	
	<i>Diagnóstico Integral del Estudio I (DIE I)</i>	
	<i>Scales for Rating the Behavioral Characteristics of Superior Students</i>	
Apresentações	Estudo de Caso	Apresentação de um estudo de caso numa reunião de coordenação de estágios.
	<i>Leiter-R</i>	Apresentação e discussão acerca do <i>Leiter-R</i> numa reunião de coordenação de estágios.
	DIE	Apresentação e discussão do DIE numa reunião do NIE.
	Reflexão Final sobre o Estágio	Apresentação da experiência pessoal e profissional de cada estagiário no CADIn, numa reunião de equipa.
Base de Dados	Criação de uma Base de Dados com Avaliações do 1º Ciclo para Despiste de Dislexia	Introdução dos dados de identificação das crianças, bem como dos respetivos resultados na ALEPE, na PRP e no Teste Informal para a Avaliação da Leitura.

As revisões bibliográficas incluíram um tema sobre as DAE, que permitiu relembrar e atualizar conhecimentos, facilitando a intervenção na área e servindo de base para o enquadramento teórico do presente relatório. Uma outra revisão foi sobre o PALS, um programa de aquisição de competências inerentes à leitura e à matemática,

⁶ Consultar Anexo E – Atividades Complementares.

que se destaca pelo trabalho a pares entre alunos. Finalmente, foi proposta a realização de um documento sobre programas de intervenção na consciência fonológica validados.

Quanto às traduções e adaptações, tanto o documento *Analyzing Words Strategy*, como a *The School Supports Checklist* e o *The Bender Classroom Structure Questionnaire* são direcionados para os professores e incluem estratégias utilizadas na sala de aula ou individualmente com o aluno. Enquanto que o primeiro documento inclui apenas sugestões, os outros 2 permitem avaliar a frequência com que o professor utiliza as estratégias.

O *The Developmental Coordination Disorder Questionnaire* é um questionário preenchido pelos pais, que permite identificar dificuldades em várias competências motoras. O mesmo acontece com a MABC – 2 *Checklist*, embora de forma mais detalhada, podendo ser preenchida por qualquer pessoa relevante no processo de avaliação (e.g., professor, técnico, pais).

A Escala *Leiter-R* é um instrumento não verbal e destina-se à avaliação de crianças e adolescentes com atraso cognitivo, problemas na linguagem, deficiências auditivas, deficiências motoras ou PHDA. Esta escala foi traduzida em conjunto com outros estagiários.

O DIE I avalia a conduta de estudo das crianças e jovens. A estagiária ficou encarregue de traduzir o manual correspondente à faixa etária entre os 09 e os 11 anos.

As *Scales for Rating the Behavioral Characteristics of Superior Students* identificam várias características de sobredotação em 14 áreas diferentes.

Por fim, foi também pedida a colaboração da estagiária na tradução do manual de aplicação do *KeyMath*.

As apresentações incluíram a apresentação de um estudo de caso e da *Leiter-R* à coordenadora e restantes estagiários, nas reuniões de coordenação de estágios. A apresentação do DIE foi realizada e discutida no NIE. No final do período de estágio, num reunião de equipa, os estagiários apresentaram uma reflexão sobre o seu percurso no CADIn.

Finalmente, em colaboração com a orientadora local, foi criada uma base de dados e foram introduzidas as informações de várias crianças, que incluíam a sua prestação na ALEPE, na PRP e no Teste Informal para a Avaliação da Leitura, para efeitos de investigação.

6. Dificuldades e Limitações

O crescimento pessoal e profissional não se deveu apenas à vivência de momentos positivos, mas também às dificuldades e limitações sentidas e superadas.

As dificuldades e limitações foram sentidas, principalmente, ao nível da relação entre a intervenção psicomotora e as DAE. Na prática realizada no CADIn, não é dada prioridade à intervenção psicomotora, como uma intervenção por mediação corporal, no entanto, determinadas premissas e ferramentas de base psicomotora foram utilizadas, onde se destaca, especialmente, o papel da componente lúdica.

A reduzida bibliografia encontrada acerca do tema confirma aquilo que foi observado/experimentado durante o período de estágio. Apesar de vários autores relacionarem a aprendizagem da leitura e da escrita com a vivência corporal do indivíduo, existem poucos estudos que comprovem que uma intervenção neste sentido tenha efeitos significativos em crianças com DAE.

Posto isto, foi também sentida a falta de instrumentos de avaliação específicos da área, que permitam avaliar concretamente as DAE. Os fatores psicomotores, quando não adquiridos e com falhas, poderão contribuir para o desenvolvimento de um quadro de DAE, pelo que, nesses casos, a utilização da Bateria Psicomotora poderá ser pertinente, no entanto, pelo que foi possível constatar através da prática e da bibliografia pesquisada, a utilização deste instrumento serve, essencialmente, para construir um perfil mais completo da criança, já que não tem por base aspetos fundamentais relacionados com a leitura e a escrita.

Uma outra limitação prende-se com os estudos de caso e a dificuldade sentida na procura de materiais adequados à faixa etária e ao nível de aprendizagem das crianças, especialmente na pesquisa de exercícios pedagógicos adequados para a S.. No entanto, o apoio, sugestões e feedback da orientadora local possibilitaram uma crescente autonomia da estagiária neste aspeto.

Ainda relativamente aos estudos de caso, o facto do J. beneficiar apenas de uma hora de intervenção por semana, no curto período de estágio e respetivo reduzido período de intervenção, foi tida como uma limitação, dado que os resultados de uma intervenção intensiva e/ou prolongada no tempo poderão ser mais eficazes, como aconteceu com o caso da S..

Por último, nem sempre foi possível realizar uma gestão de tempo desejável, devido à carga horária preenchida e instável, consoante o número de avaliações e a assiduidade dos casos, e devido à gestão entre os objetivos do RACP e os objetivos e expectativas do CADIn. No entanto, a organização do estágio e o acesso livre a recursos (sala, Internet, livros) oferecidos pela própria instituição, possibilitaram o cumprimento dos objetivos.

Todas estas dificuldades e limitações sentidas contribuíram, acima de tudo, para a vivência de um conjunto de aprendizagens e experiências significativas, bem como para a aquisição e desenvolvimento de competências, principalmente, no que toca à capacidade de adaptação e de resolução de problemas, à capacidade criativa e ao desenvolvimento do espírito crítico. Assim, foi graças ao esforço e dedicação da estagiária, mas também ao apoio prestado pelos técnicos da instituição, e em especial ao acompanhamento dado pela orientadora local, que foi possível ultrapassar os obstáculos e atingir os objetivos.

Conclusão

Dado todo o trabalho desenvolvido, poder-se-á considerar que os objetivos propostos pelo RACP foram cumpridos e as expectativas da estagiária foram superadas. De um modo geral, esta experiência possibilitou o aprofundamento de conhecimentos, tanto científicos como metodológicos, essenciais para melhor compreender o indivíduo, a sua problemática e a respetiva procura de respostas a dar enquanto profissional.

Em termos teóricos, destaca-se não só a recapitulação e atualização de conhecimentos específicos na área das DAE, mas também a procura ativa realizada e o desenvolvimento de estratégias gerais e individualizadas, que permitiram lidar com as características de cada caso. A este nível, a orientadora local desempenhou um papel fundamental, através da partilha de bibliografia e de materiais e ao indicar formações pertinentes na área. Foi graças a este apoio que o desempenho profissional da estagiária se desenvolveu de forma cada vez mais autónoma e confiante.

Adicionalmente, e apesar de não ter sido proposto nem realizado nenhum documento sobre as outras perturbações do desenvolvimento acompanhadas (especificamente, a PEA e a PHDA), houve também a necessidade de procurar informações neste âmbito, aquando da observação dos casos, mas, principalmente, na preparação de sessões de intervenção.

Ainda a nível teórico, destaca-se a escassez de informação acerca da intervenção psicomotora e da sua pertinência na área das DAE, sendo fundamental a realização de trabalhos de investigação neste âmbito, bem como o desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação psicomotora.

Em termos práticos, as atividades realizadas ao nível da avaliação e da intervenção contribuíram para a compreensão e consolidação dos conhecimentos teóricos, bem como para o desenvolvimento de novas competências pessoais e profissionais.

Na avaliação, destaca-se o contacto com diferentes protocolos, consoante a problemática, bem como o contacto com vários instrumentos e respetiva aplicação. Neste ponto, uma das principais dificuldades superadas foi a adaptação do protocolo, consoante as características e necessidades de cada caso, no momento da avaliação.

A análise de resultados e respetiva elaboração de relatórios foi realizada de forma gradual, o que permitiu o desenvolvimento progressivo de competências de identificação, de síntese, de adaptação e de relação de dados. Adicionalmente, a discussão de resultados com outros profissionais envolvidos no processo contribuiu para a construção de uma visão holística dos indivíduos e para a compreensão da importância de uma equipa multidisciplinar.

Também o contacto com diferentes famílias possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, especialmente ao transmitir um diagnóstico e no que toca ao esclarecimento de dúvidas e viabilização de respostas para cada caso.

Na intervenção, foi, principalmente, enriquecedor, o contacto e a prática com diferentes problemáticas e abordagens de intervenção. Assim, da observação do trabalho realizado por várias TSEER e por uma psicomotricista foi possível retirar diferentes experiências e conhecimentos que dotaram a estagiária de inúmeras ferramentas humanas e de trabalho, como o desenvolvimento do raciocínio clínico, a elaboração e justificação de planos de intervenção e a criatividade.

Deste percurso também fizeram parte as crianças acompanhadas, que contribuíram para a motivação pessoal e profissional da estagiária. A partir deste contacto e da relação criada, foi possível interiorizar a importância de respeitar o perfil e o ritmo da criança e saber adaptar o processo de intervenção às suas capacidades e aos seus interesses. Especificamente, os estudos de caso reforçaram positivamente o trabalho da estagiária, através do entusiasmo com que as atividades propostas eram recebidas e pela valorização que, tanto as crianças como os pais, deram às pequenas vitórias.

É ainda importante destacar a organização e o funcionamento da instituição e a respetiva integração da estagiária numa equipa multidisciplinar. O facto do CADIn estar equipado com recursos humanos e materiais distintos, como os vários profissionais que colaboraram com a estagiária desde o primeiro dia, bem como a oportunidade de acesso a instrumentos e bibliografia e, ainda, o acesso livre a vários espaços da instituição, facilitou a aprendizagem e o processo de estágio.

Finalmente, também as dúvidas e dificuldades que surgiram durante este percurso e a correspondente procura e discussão de soluções e respostas, proporcionaram uma experiência que, estimulou as capacidades de pesquisa, de adaptação e de pensamento crítico, essenciais à intervenção.

Em suma, o estágio realizado no CADIn foi extremamente enriquecedor e gratificante. O esforço, dedicação e empenho semeados, permitiram colher inúmeras conquistas pessoais e profissionais.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- CADIn (2011). *Declaração de Princípios e Políticas do CADIn*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- CADIn (2013). Novo Serviço de Triagem no CADIn. *Caixa de Aquarelas*, (15), 1-12.
- CADIn (2014a). *Missão e Visão*. Retirado a 18 de junho de 2015 de <http://www.cadin.net/missao-e-visao/>.
- CADIn (2014b). *O Que Fazemos*. Retirado a 18 de junho de 2015 de <http://www.cadin.net/o-que-fazemos-2/>.
- CADIn (2014c). *Corpo Clínico*. Retirado a 18 de junho de 2015 de <http://www.cadin.net/diagnosticointervencao/corpo-clinico/>.
- CADIn (2014d). *Quem somos*. Retirado a 18 de junho de 2015 de <http://www.cadin.net/quem-somos/>.
- CADIn (2014e). *Redes Ativas*. Retirado a 18 de junho de 2015 de <http://www.cadin.net/destaque/redesativas/>.
- CADIn (2015). *Estatutos do CADIn - Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- Citoler, S. D. & Sanz, R. O. (1997a). A leitura e a escrita: Processos e dificuldades na sua aquisição. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais* (2ª ed., pp. 111–136). Lisboa: Dinalivro.
- Citoler, S. D. & Sanz, R. O. (1997b). A leitura: Avaliação e intervenção educativa. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais* (2ª ed., pp. 137-158). Lisboa: Dinalivro.
- Correia, L. M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas, Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança, Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cruz, V. (1999). Dificuldades de Aprendizagem: Contributo para a sua Compreensão. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 6 (2), 61-71.
- Cruz, V. (2007). *Uma Abordagem Cognitiva da Leitura*. Lisboa: Lidel.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: Lidel.
- DuPaul, G. J. & Volpe, R. J. (2009). ADHD and Learning Disabilities: Research Findings and Clinical Implications. *Current Attention Disorders Reports*, 1 (4), 152-155. doi: 10.1007/s12618-009-0021-4.

- Equipa Técnica do CADIn. (2005). A psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn. *A psicomotricidade*, 5, 77-85.
- Ferreira, M. (2009). Estratégias de intervenção pedagógica em alunos com dificuldades de aprendizagem específicas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 16, 7-18.
- Fonseca, V. (1976). *Contributo para o Estudo da Génese da Psicomotricidade*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1984). *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso Escolar, abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade, perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Lloyd, J. W. (1999). *Introduction to Learning Disabilities* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Hallahan, D. P., Lloyd, J. W., Kauffman, J. M., Weiss, M. P., & Martinez, E. A. (2005). *Learning Disabilities: Foundations, Characteristics, and Effective Teaching* (3rd ed.). Boston: Pearson Education.
- Individuals with Disabilities Education Act [IDEA] de 2004, 20 USC § 1400 et seq. (2004).
- Júri Nacional de Exames [JNE] (2015). *NORMA e Orientações para Aplicação de Condições Especiais na Realização de Provas e Exames JNE/2015*. Retirado a 02 de novembro de 2015 de http://www.ae-anobre.pt/images/3_d_-_Norma_Exames_2015_NEE_2015-03-06.PDF.
- Karande, S., Satam, N., Kulkarni, M., Sholapurwala, R., Chitre, A., & Shah, N. (2007). Clinical and psychoeducational profile of children with specific learning disability and co-occurring attention-deficit hyperactivity disorder. *Indian Journal of Medical Sciences*, 61 (12), 639-647.
- Kirk, S. A. & Chalfant, J. C. (1984). *Academic and Developmental Learning Disabilities*. Denver: Love Publishing Company.
- Learning Disabilities Association of America [LDA] (1985). *History*. Retirado a 20 de setembro de 2015 de <http://ldaamerica.org/about-us/history/>.
- Lerner, J. (2003). *Learning Disabilities, Theories, Diagnosis, and Teaching Strategies* (9th ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 11-12). Lisboa: Edições FMH.

- Mercer, C. D. & Pullen, P. C. (2009). *Students with Learning Disabilities* (7th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Morais, J. (1997). *A Arte de Ler, Psicologia cognitiva da leitura*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Moreira, N. R., Fonseca, V., & Diniz, A. (2000). Proficiência motora em crianças normais e com dificuldade de aprendizagem: Estudo comparativo e correlacional com base no teste de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky. *Revista da Educação Física/UEM*, 11 (1), 11-26.
- National Joint Committee on Learning Disabilities [NJCLD] (1991). Learning disabilities: Issues on definition. *Asha*, 33, (Suppl. 5), 18–20.
- National Reading Panel [NRP] (2000). *Teaching Children to Read: An Evidence-Based Assessment of the Scientific Research Literature on Reading and Its Implications for Reading Instruction*. Retirado a 10 de setembro de 2015 de <http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/nrp/documents/report.pdf>
- Pinho, S. (2014). *Acolhimento de Estágios 2014/15*. Documento Interno do CADIn. Cascais.
- Querido, L. & Fernandes, S. (2011). Dislexia: uma avaliação analítica para uma intervenção direccionada – Avaliar para intervir. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 18, 45-55.
- Rebelo, J. A. S. (1993). *Dificuldades da Leitura e da Escrita em Alunos do Ensino Básico*. Rio Tinto: Edições ASA.
- Shaw, S. F., Cullen, J. P., McGuire, J. M., & Brinckerhoff, L. C. (1995). Operationalizing a Definition of Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 28 (9), 568-597. doi: 10.1177/002221949502800909.
- Shaywitz, S. (2008). *Vencer a Dislexia, Como dar resposta às perturbações da leitura em qualquer fase da vida*. Porto: Porto Editora.
- Swanson, H. L. (1991). Operational Definitions and Learning Disabilities: An Overview. *Learning Disability Quarterly*, 14 (4), 242-254. doi: 10.2307/1510661.
- The International Dyslexia Association [IDA] (2015), *Definition Consensus Project*. Retirado a 20 de setembro de 2015 de <https://eida.org/definition-consensus-project/>.
- Torres, R. & Fernández, P. (2001). *Dislexia, Disortografia e Disgrafia*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Vega, F. C. (2002). *Psicología de la Lectura, Diagnóstico y Tratamiento de los Transtornos de Lectura*. Barcelona: Praxis.

Anexos

(Os anexos encontram-se em suporte digital.)